

# УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО- МЕДИЧНИЙ МОЛОДІЖНИЙ ЖУРНАЛ

науково-практичне видання

ISSN 1996-353X  
ISSN 2311-6951



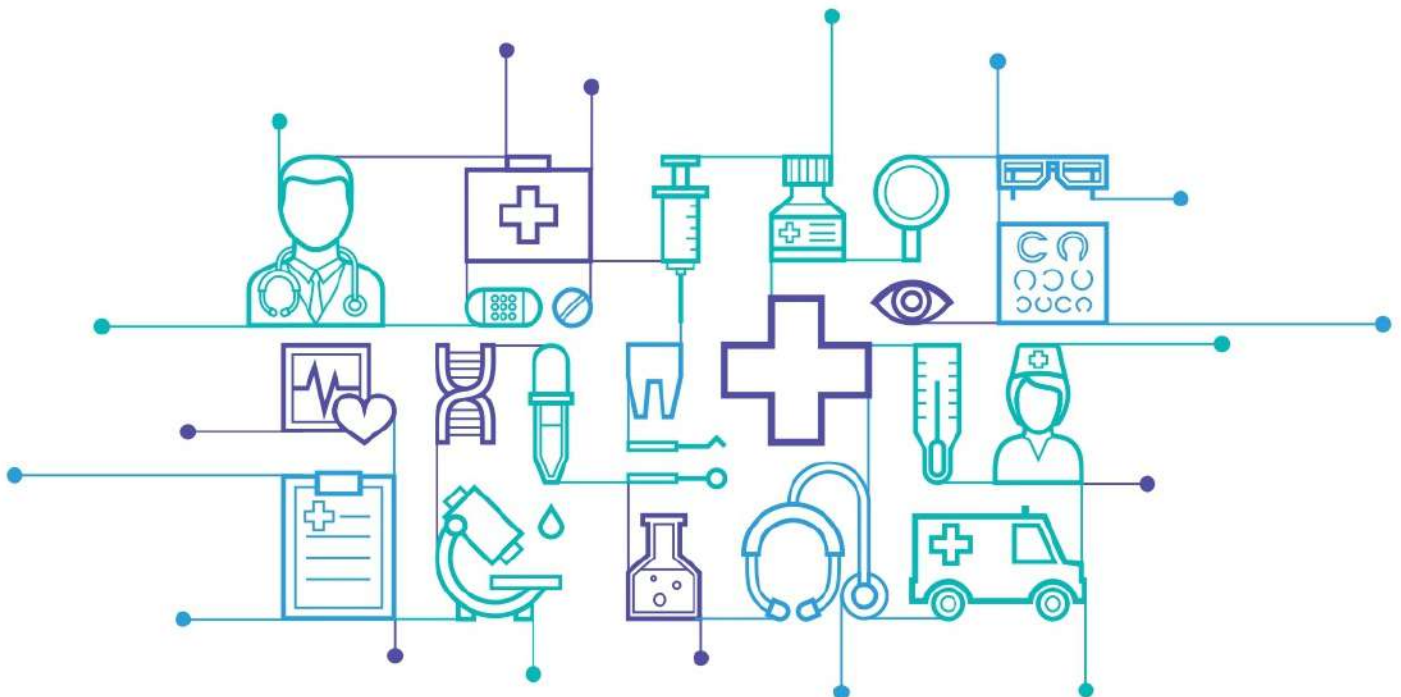
[WWW.NMUOFFICIAL.COM](http://WWW.NMUOFFICIAL.COM)

Спеціальний випуск  
№ 1 (113)' 2020

---

**UKRAINIAN SCIENTIFIC MEDICAL YOUTH JOURNAL**  
theoretical and practical edition

---



[WWW.MMJ.NMUOFFICIAL.COM](http://WWW.MMJ.NMUOFFICIAL.COM)

# Special Issue №1 (113) 2020

Засновник – Національний  
медичний університет імені  
О.О.Богомольця МОЗ  
України

Періодичність виходу 4  
рази на рік.

Журнал внесено до  
переліку фахових видань.

Галузі наук: медичні,  
фармацевтичні.

(наказ МОН України  
09.03.2016 №241)

Реєстраційне свідоцтво КВ  
№ 17028-5798ПР.

Рекомендовано Вченою  
Радою НМУ імені

О.О.Богомольця (протокол  
№6 від 28.02.2020р.)

Усі права стосовно  
опублікованих статей

залишено за редакцією.

Відповідальність за добір та  
викладення фактів у статтях

несуть автори, а за зміст  
рекламних матеріалів –

рекламодавці.

Передрук можливий за  
згоди редакції та з

посиланням на джерело.

До друку приймаються  
наукові матеріали, які

відповідають вимогам до  
публікації в даному

виданні.

Адреса для  
кореспонденції:

Редакція Українського  
науково-медичного  
молодіжного журналу,  
науковий відділ НМУ, бул.  
Т.Шевченка, 13, м.Київ,  
01601

[www.mmj.nmuofficial.com](http://www.mmj.nmuofficial.com)

E-mail: [usmyj@ukr.net](mailto:usmyj@ukr.net)

Національний медичний  
університет імені

О.О.Богомольця 2019

[www.nmuofficial.com](http://www.nmuofficial.com)

Видавничий дім

«АДЕФ-Україна»

Свідоцтво ДК № 4605 від  
28.08.2013р.

Підписано до друку

07.04.2020р.

Формат 60\*84/8

Друк офсетний

Папір офсетний

Тираж 50 ,

Зам. № Ж-2020/07.04.

ISSN 2311-6951; eISSN 1996-353X

Міністерство охорони здоров'я України  
Національний медичний університет  
імені О.О.Богомольця

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ

## УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕДИЧНИЙ МОЛОДІЖНИЙ ЖУРНАЛ

Видається за наукової підтримки Національної  
академії наук України та Національної академії  
медичних наук України

Представлений в Ulrich's International Periodicals  
Directory

Видання індексується в CiteFactor, General Impact  
Factor, Google Scholar, Index Copernicus, Index  
Science, InfoBase Index, Open Academic Journals  
Index, ResearchBib, Scientific Indexing Services,  
WorldCat OCLC

ISSN 2311-6951; eISSN 1996-353X

Ministry of Health of Ukraine  
Bogomolets National Medical University

THEORETICAL AND PRACTICAL EDITION

## UKRAINIAN SCIENTIFIC MEDICAL YOUTH JOURNAL

Published by scientific support of the National  
Academy of Sciences and National Academy  
of Medical Sciences of Ukraine

Introduced in Ulrich's International Periodicals  
Directory

Journal's indexing: CiteFactor, General Impact  
Factor, Google Scholar, Index Copernicus, Index  
Science, InfoBase Index, Open Academic Journals  
Index, ResearchBib, Scientific Indexing Services,  
WorldCat OCLC

Founder – Bogomolets  
National Medical University  
Ministry of Health of Ukraine  
Publication frequency – 4  
times a year.

The Journal is included in  
the list of professional  
publications in Medical and  
pharmaceutical Sciences

(order MES Ukraine  
09.03.2016 № 241)

Registration Certificate KB  
№ 17028-5798ПР.

Recommended by the  
Academic Council of the  
Bogomolets National  
Medical University, Kyiv  
(protocol № 6 of 28.02.2020)

All rights concerning  
published articles are  
reserved to the editorial  
board.

Responsibility for selection  
and presentation of the facts  
in the articles is held by  
authors, and of the content of  
advertising material – by  
advertisers. Reprint is  
possible with consent of the  
editorial board and reference.  
Research materials accepted  
for publishing must meet the  
publication requirements of  
this edition.

Correspondence address:

Editorial board of the  
Ukrainian Scientific Medical  
Youth Journal Research  
Department of NМУ, 13, T.  
Shevchenka blvd. Kyiv,  
01601

[www.mmj.nmuofficial.com](http://www.mmj.nmuofficial.com)

E-mail: [usmyj@ukr.net](mailto:usmyj@ukr.net)

© Bogomolets National  
Medical University, 2019

[www.nmuofficial.com](http://www.nmuofficial.com)

Publishing House

«АДЕФ-Україна»

Certificate ДК № 4605 from  
28.08.2013

Signed in print on  
07.04.2020

Format 60\*84/8

Offset print.

Offset paper.

Circulation: 50

Order № J-2020/07.04.

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

**Голова редакційної колегії** – д-р мед. наук, професор Кучин Ю.Л.

**Члени редакційної колегії:** Благая А.В., Бурлака Є.А., Гичка С.Г., Гололобова К.О., Гринзовський А.М., Гур'янов В.Г., Дєєва Ю.В., Демиденко Я.С., Журавель І.О., Зайченко Г.В., Захараш Ю.М., Кобиляк Н.М., Копчак А.В., Логвиненко І.П., Маланчук В.О., Мельник В.С., Омельчук С.Т., Понятовський В.А., Приходько І.І., Сидорчук О.І., Сокурєнко Л.М., Хайтович М.В., Худецький І.Ю., Чернищов П.В., Яременко О.Б., Ulrich Friedrich Wellner (University of Lubeck, Lubeck, Germany), John Quinn (Charles University, Prague, Czech Republic), Anthony Graeme Perks (University of Nottingham, Nottingham, United Kingdom), Piotr Donizy (Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland)

**Головний редактор:** Земсков С.В.

**Заступники головного редактора:** Наумова Л.О., Ніколаєнко С.І.

**Відповідальний секретар:** Гринзовська А.А.

## EDITORIAL BOARD

**Chairman Of The Editorial Board:** MD–PhD, Professor Kuchyn I.L.

**Members of the Editorial Board:** Blagaia A.V., Burlaka I.A., Gychka S.G., Hololobova K.O., Hrynzovskyi A.M., Gurianov V.G., Deyeva J.V., Demydenko Ya.S., Zhuravel I.O., Zaychenko G.V., Zakharash Yu.M., Kobyliak N.M., Kopchak A.V., Logvynenko I.P., Malanchuk V.O., Melnyk V.S., Omelchuk S.T., Poniatowski V.A., Prykhodko I.I., Sidorchuk O.I., Sokurenko L.M., Khaitovych M.V., Khudetskyi I.J., Chernyshov P.V., Yaremenko O.B., Ulrich Friedrich Wellner (University of Lubeck, Lubeck, Germany), John Quinn (Charles University, Prague, Czech Republic), Anthony Graeme Perks (University of Nottingham, Nottingham, United Kingdom), Piotr Donizy (Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland)

**Editor in Chief:** Zemskov S.V.

**Deputy Editor-in-Chief:** Naumova L.O., Nikolaenko S.I.

**Executive Secretary:** Hrynzovska A.A.



## **Дорогі автори та читачі!**

**З повагою,**

Вітаю вас на сторінках Українського науково-медичного молодіжного журналу! Кожний випуск – це ще один внесок у розвиток медичної науки заради перемоги над хворобами людства.

У даному спеціальному випуску опубліковано матеріали X та XI міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених «Спеціальні питання діагностики та лікування захворювань ЛОР-органів, краніофасіальної ділянки та органа зору».

За більш ніж двадцятирічну історію, видання допомогло зробити перші кроки у медичній науці тисячам студентів, інтернів та аспірантів.

На сторінках нашого журналу обговорюються гіпотези та концепції, які на сьогоднішній день повинен знати не тільки науковий працівник, а кожен практикуючий лікар.

Бажаю вам отримати різноманітну інформацію з найважливіших аспектів медицини, та до нових зустрічей на сторінках видання.

**Головний редактор,**

**Проректор з наукової роботи та інновацій  
НМУ імені О.О. Богомольця, професор**

**Земсков С.В.**

## **Dear authors and readers!**

**Best regards,**

I greet you from the pages of Ukrainian Scientific Medical Youth Magazine! Each issue of this magazine is yet another contribution to the advancement of medical science for the sake of victory over human diseases.

This special issue presents the materials of the X and XI international scientific and practical conference of students and young scientists "Special issues of diagnostics and treatment of ENT organs, craniofacial area and visual organ diseases".

With more than twenty years of history, the edition has helped thousands of students, interns and PhD students to make their first steps in medical science.

The pages of our journal discuss hypotheses and concepts that nowadays not only scientists but also every medical practitioner should know.

I hope you will find a variety of information on the most important aspects of medicine here, and look forward to meeting you soon on the pages of our journal!

**Editor in chief of Ukrainian Scientific  
Medical Youth Journal, the Head of department  
for research and development, professor**

**Zemskov S.V.**

## **ЗМІСТ/CONTENTS**

Сторінки/Pages

**X МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ СТУДЕНТІВ  
ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ «СПЕЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА  
ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР-ОРГАНІВ, КРАНІОФАЦІАЛЬНОЇ  
ДІЛЯНКИ ТА ОРГАНА ЗОРУ»**

**X INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE OF  
STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS "SPECIAL ISSUES OF DIAGNOSTICS  
AND TREATMENT OF ENT ORGANS, CRANIOFACIAL AREA AND VISUAL  
ORGAN DISEASES**

**14-15 березня 2018 року**

**5**

---

**XI МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ СТУДЕНТІВ  
ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ «СПЕЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА  
ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР-ОРГАНІВ, КРАНІОФАЦІАЛЬНОЇ  
ДІЛЯНКИ ТА ОРГАНА ЗОРУ»**

**XI INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE OF  
STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS "SPECIAL ISSUES OF DIAGNOSTICS  
AND TREATMENT OF ENT ORGANS, CRANIOFACIAL AREA AND VISUAL  
ORGAN DISEASES**

**21-22 березня 2019 року**

**27**

---

**АЛФАВІТНИЙ ЗМІСТ**

**58**

**Х МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА  
КОНФЕРЕНЦІЯ СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ  
ВЧЕНИХ «СПЕЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ  
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ  
ЛОР-ОРГАНІВ, КРАНІОФАЦІАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ  
ТА ОРГАНА ЗОРУ»**

**X INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND  
PRACTICAL CONFERENCE OF STUDENTS AND  
YOUNG SCIENTISTS "SPECIAL ISSUES OF  
DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ENT  
ORGANS, CRANIOFACIAL AREA AND VISUAL  
ORGAN DISEASES**

**14-15 березня 2018 року**

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ КІСТИ ТОРНВАЛЬДА

*Андрусенко Д.В*

*Науковий керівник: Лікар КМКЛ №12 Пасова О.О*

*Кафедра оториноларингології*

*Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., проф. Деева Ю.В.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Останнім часом, завдяки широкому поширеному використанню ендоскопічного методу дослідження порожнини носа та носоглотки було випадково знайдено рідкісне новоутворення носоглотки, кіста Торнвальда. Кіста Торнвальда – це рідкісна вроджена патологія, що знаходиться по серединній лінії поблизу глоткової мигдалини, що пов'язана зі збереження ембріонального зв'язку між переднім кінцем хорди і кришою глотки (залишок мішка Ратки). В 1840р. Мауг перший описав новоутворення що знаходиться по серединній лінії носоглотки. А в 1885 німецький лікар Торнвальд описав 26 клінічних проявів, що пов'язані з накопиченням рідини в кісті та зараження кісти. Виходячи з відкриття Торнвальда з певністю можемо сказати що є Сумка Торнвальда, і є кіста Торнвальда. Різниця полягає в тому що кіста є закритою порожниною за рахунок підсихання слизу, утворюється кірка, тобто кірковий тип, що блокує ввідний отвір, в період інфікування відбувається прорив гною і витікання його по задній стінці глотки -сумка Торнвальда. Сумка Торнвальда є вродженим дефектом слизової носоглотки, тому симптоми можуть проявитися в будь-якому віці, але найбільший пік запалення кісти спостерігається у пацієнтів 15-20 років. Також кіста може існувати безсимптомно протягом усього життя. Клінічними проявами синдрому Торнвальда можуть бути утруднене носове дихання, хрипіння, яке виникає під час сну. Передня, ринорея іноді особливо задня ринорея часто супроводжується неприємним запахом, та має неприємний присмак. Часті головні болі в тім'яній та потиличній області. Гнусавість внаслідок носової обструкції. Двухстороннє зниження слуху – за рахунок запального процесу та обструкції евстахієвої труби. З метою більш чіткого визначення розмірів порожнини, характеру її вмісту, місце її розташування до прилягаючих навколишніх органів використовують КТ, МРТ, ендоскопічну діагностику. Сумка Торнвальда відрізняється великою інтенсивні сигналу T1 і T2 підвищеним зображенням за рахунок великого вмісту білка. Основний метод лікування сумки Торнвальда - хірургічний. Використовують повне видалення сумки під ендотрахеальним наркозом та місцевою інфільтративною анестезією через трансназальний ендоскопічний шлях за допомогою шейвер.

**Клінічний випадок.** Жінка 30 років звернулася до КМКЛ №12 зі історією на часті повторюючі приступи галітозу, гнійні виділення з носоглотки, що тривають протягом бміс. Пацієтка отримувала полегшення після курсу антибіотиків. При огляді носа, горла за винятком невеликого стікання гною, більше нічого не видно. При ендоскопії носа помітно кістозна маса у верхній часті задньої стінки носоглотки з



великого отвору помітні слизово-гнійні виділення. Виділення взяті були для на Бак. посів та чутливість, ніякого мікробного росту не було отримано. Ендоскопічні дані призвели до думки можливо є запалення в суки Торнвальда. КТ показало кулясту форму з рівними краями, заповнену рідиною і вона була пов'язана з носоглоткою. Було проведено оперативне втручання під ендотрахеальним наркозом після інфальтративної анестезії розчином ультракаїну, через трансназальним ендоскопічний шлях за допомогою шейверу була видалена сумка. Після операційний період буз складнень. Гемостаз сухо. Після операції пацієтка повністю позбавилась симптомів.

**Висновок:** Кісти Торнвальда є незвичайним клінічним об'єктом. Оскільки вони нечасті, вони рідко діагностуються при первинному огляді, можуть бути джерелом кількох скарг хворого. МРТ - це найкраще дослідження з діагностики кіст Торнвальда. Ендоскопічний трансназальний доступ за допомогою носових ендоскопів та мікродебридера є найкращим способом лікування кісти Торвальда, оскільки забезпечує чіткий візуальний контроль під час оперативного втручання, не значну кровотечу і стійкий результат операційного втручання.

## **АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕСТЕТИЧНОЇ РИНОПЛАСТИКИ ЗГІДНО З ПРАВИЛОМ «ЗОЛОТОГО ПЕРЕТИНУ» ЛЕОНАРДО ДА ВІНЧІ У ПАЦІЄНТІВ ОПЕРОВАНИХ ПЛАСТИЧНИМИ ХІРУРГАМИ**

*Вишпінський Я.І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Дідковський В.Л.*

*Кафедра оториноларингології*

*Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., проф. Дєєва Ю.В.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Краса та привабливість обличчя в значній мірі залежить від форми носа. За даними ISAPS 2015 року в структурі естетичних операцій ринопластика посідає 5 місце. Щорічно в світі виконується приблизно 1 млн. ринопластик з тенденцією до їх збільшення.

**Мета.** Провести аналіз фотографій пацієнтів оперованих пластичними хірургами до та після естетичної ринопластики. Співставити результати з «ідеальними» пропорціями правила «золотого перетину».

**Матеріали і методи.** В дослідженні прийняли участь 9 пацієнток, яким проведена естетична ринопластика. Ми керувалися правилом «золотого перетину» Леонардо да Вінчі, яке дає змогу оцінити співвідношення структур обличчя не дивлячись на виконання фотографій за не стандартизованими умовами. Згідно з цим правилом обличчя горизонтальними лініями умовно ділиться на 3 рівні зони : верхню - лоб, середню - ніс та нижню – рот і підборіддя, а вертикальними лініями на 5 зон, при чому ширина основи носу має дорівнювати повздовжньому розрізу очей. Також ми вимірювали загальноприйняті кути носа, а саме: носо-губний (норма 95-105°), носо



- лобний ( $115^{\circ}$ -  $130^{\circ}$ ), носо - лицевий ( $37^{\circ}$ ) і порівнювали ці величини до та після операції.

**Результати та їх обговорення.** Порівняння співвідношення носа до розрізу очей показало, що у 6 пацієток дані виміри співпадали, у 3 випадках (33,3%) ширина носа потребувала корекції. Довжина носа за нашими даними у 8 випадках (88,9%) зменшувалась. Порівняння кутів показало, що носо-губний кут у 100% випадків збільшували в середньому на  $10,8^{\circ}$ . Носо-лобний кут у 100% випадків зменшували на  $3,3^{\circ}$ . Аналіз носо-лицевого кута немає достовірного орієнтиру так, як в 5 випадках він збільшувався на  $2,4^{\circ}$ , а в 4 зменшувався на  $7,25^{\circ}$ .

#### **Висновки.**

1. Аналіз результатів естетичної ринопластики згідно з правилом «золотого перетину» можливий, не дивлячись на виконання фотографій за не стандартизованими умовами.

2. За результатами оцінки довжина та ширина носа зменшувались на 88,9% та 33,3% відповідно.

3. Вирішальним кутом корекції є носо-губний, утворення носо-лобного та носо-лицевого кутів є наслідком корекції носо-губного кута.

## **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА НАСЛІДКІВ ФЛЕГМОНИ ОРБИТИ**

*Гонська Н.Р., Дацюк О.П.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Куриліна О.І.*

*Кафедра офтальмології*

*Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Флегмона орбіти одне з найтяжчих ускладнень гнійно-запальних захворювань одонтогенного та риносинусогенного походжень. Наслідки даної патології можуть становити небезпеку не тільки для зорових функцій, а й для життя пацієнта.

**Мета.** Проаналізувати особливості клінічного перебігу та наслідків флегмони орбіти.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз 5-ти пацієнтів з флегмоною орбіти. Середній вік хворих склав 35,8 років (від 20 до 57 років). Переважала кількість осіб жіночої статі над чоловічою (відповідно 60% і 40%). У 3-х пацієнтів флегмона очниці була діагностована як ускладнення гнійного гаймориту, у решти – гнійного періодонтиту. Усім пацієнтам проведено візометрію, біомікроскопію, КТ та МРТ діагностику черепа та орбіт, консультації оториноларинголога, стоматолога та невропатолога.

**Результати.** Хворі скаржилися на біль в ділянці ураженого ока, головний біль, підвищення температури тіла (до  $40^{\circ}\text{C}$ ). Об'єктивно: гіперемія, набряк повік та

периорбітальних м'яких тканин, екзофтальм, офтальмоплегія, хемоз кон'юнктиви та різке порушення гостроти зору в межах від 0,08 до 0,02 у 2-х хворих (40%) то повна втрата зору у 3-х (60%). У всіх пацієнтів була діагностована ішемічна нейропатія, яка в подальшому призвела до атрофії зорового нерва. 3-м пацієнтам проведена ендоназальна гаймороектомія,

2-м – екстракція ураженого зуба та санація гнійного вогнища. Всім пацієнтам проведено розтин флегмони орбіти на фоні активної дезінтоксикаційної, антибактеріальної та неспецифічної протизапальної терапії.

**Висновки.** Флегмона орбіти – гостра, небезпечна патологія, яка може призвести до незворотної втрати зорових функцій та інвалідизації хворого, потребує невідкладного комплексного лікування та тісної співпраці суміжних спеціалістів.

## ЗМЕНШЕННЯ ВПЛИВУ ЯТРОГЕННИХ ФАКТОРІВ ЯК ПРОФІЛАКТИКА УТВОРЕННЯ МІЦЕТОМ МАКСИЛЯРНИХ СИНУСІВ

*Гришина І.С.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Безшапочний С.Б.*

*Кафедра оториноларингології з офтальмологією*

*Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Безшапочний С.Б.*

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"*

*м. Полтава, Україна*

**Актуальність.** Мікотичні ураження навколоносових синусів є розповсюдженою патологією у практиці лікарів-оториноларингологів. Часто причиною виникнення захворювання може бути потрапляння цинк вмісних матеріалів у максиллярний синус у результаті ендодонтичних маніпуляцій. Захворювання характеризується частими рецидивами та за відсутності адекватного лікування може призводити до тяжких ускладнень.

**Мета.** З'ясувати зв'язок виникнення грибкових захворювань зі стоматологічними маніпуляціями, скласти алгоритм заходів, спрямованих на профілактику утворення грибкових тіл у максиллярних синусах.

**Матеріали та методи.** Нами було проведено аналіз оперативних втручань на навколоносових синусах, які проводились на базі ЛОР-відділення Полтавської обласної клінічної лікарні ім. Скліфосовського у період з 2016 р. по 2017 р. Основою діагностики міцетом були дані ендомікрориноскопії, КТ та МРТ навколоносових пазух. Проводився детальний збір анамнезу пацієнтів стосовно стоматологічних втручань.

**Результати.** Виявлено, що ураження верхньощелепної пазухи зустрічали у 44,8% пацієнтів, основної – 31%, лобної – 5,17%, клітин ґратчастого лабіринту – 10,3%, поєднане ураження декількох пазух – 8,6%. Грибкові тіла були виявлені у 86% пацієнтів з ізольованим одностороннім патологічним процесом у максиллярному синусі. З'ясовано, що у більшості випадків захворювання викликалось грибами *Aspergillus*. При комплексному обстеженні хворих нами було виявлено, що у 82%

мали місце різні аномалії порожнини носа: викривлення переділочки, патологічні зміни носових раковин, ділянок остіомеатального комплексу. Усім пацієнтам паралельно з видаленням міцетом проводилось адекватне хірургічне лікування (септопластика, конхотомія, корекція остіомеатального комплексу). Нами був встановлений позитивний зв'язок між виявленням грибкових захворювань та пломбуванням каналів коренів зубів; складений алгоритм заходів, спрямованих на профілактику утворення грибкових тіл у максиллярних синусах.

**Висновки.** Раннє виявлення проблеми, колегіальність у прийнятті рішень, що передбачає співпрацю між оториноларингологами та стоматологами та комплексний підхід до лікування патологічних процесів у максиллярних синусах сприяє якомога швидшому оздоровленню пацієнтів та профілактиці ускладнень.

## ОЦІНКА РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ОБ'ЄМНОЇ ПЛАСТИКИ НОСУ З ВИКОРИСТАННЯМ ДЕРМАЛЬНИХ ФІЛЛЕРІВ

*Доброногова В.І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Дідковський В.Л.*

*Кафедра оториноларингології*

*Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., проф. Деева Ю.В.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Згідно зі світовими статистичними даними наданими Міжнародним товариством естетичної пластичної хірургії (ISAPS) за 2016 рік ринопластика займає 4 місце (7,6%) серед усіх пластичних операцій. Кількість операцій зросла на 8 % порівняно з 2015 роком. В свою чергу з більш широким впровадженням малоінвазивних процедур кількість усіх ін'єкцій склала 36,18 % від загальної кількості операцій та малоінвазивних процедур, що проводилися пластичними хірургами за 2016 рік в усьому світі. Ін'єкції гіалуронової кислоти складають майже половину цих процедур (40%), наступне місце займає гідроксиапатит кальцію (2%). Оскільки попит на ін'єкційні процедури зростає, збільшується і кількість небажаних явищ та ускладнень, пов'язаних з використанням дермальних філлерів.

**Мета.** Провести аналіз та оцінити ризик виникнення ускладнень об'ємної пластики носу з використанням дермальних філлерів на основі гіалуронової кислоти та гідроксиапатиту кальцію.

**Матеріали та методи.** Аналіз було проведено на підставі даних статей, опублікованих за останні роки у рецензованих наукових виданнях (дані з PubMed). Всього у дослідження було включено 1175 осіб, віком від 21 до 66 років. Вони були розподілені на 2 порівняльні групи на підставі обраного препарату: I - препарат на основі гіалуронової кислоти; II - препарат на основі гідроксиапатиту кальцію. Було враховано скарги, анамнез та об'єктивні дані пацієнтів.

**Результати.** При проведенні досліджень у великих групах людей була виявлена незначна кількість ускладнень: у 250 осіб з I групи спостерігалися транзиторні небажані ефекти, такі як набряк, еритема та біль у місці ін'єкції; ішемія, пов'язана із зовнішньою компресією судин була виявлена у 1,2% пацієнтів у дослідженні 242 осіб; в II групі з 385 осіб ускладнення у вигляді некрозу шкіри спостерігалися у 0,5 %, а зниження зору у 0,7 %. При аналізі лише тих пацієнтів, які мали ускладнення, спостерігалася така ситуація: з 46 осіб двадцять входили до I групи та відзначили наявність набряку та почервоніння у місці ін'єкції, 26 осіб, що входили в II групу мали такі ускладнення, як 8 % - гематоми, та по 4% - міграції препарату, підшкірні вузлики, інфекційні ускладнення, інфекція з подальшим некрозом тканин. У дослідженні 13 випадків з I групи у 39% було виявлено оклюзію судин, яка проявлялася некрозом тканин, з них 43% також відмічали зниження зору, а у 8 % було підтверджено наявність ішемічного інсульту. За останні 5 років було опубліковано 6 статей про випадки важких ускладнень в результаті оклюзії судин. 6 пацієнтів були віднесені до I групи, та 1 пацієнт до II групи. В I групі в 4 випадках оклюзія судин призвела до некрозу шкіри, який в трьох пацієнтів призвів до формування рубців. Два інші випадки були пов'язані з виникненням комбінованих ускладнень: 1 – некроз шкіри, блефароптоз та зниження зору; 2 – амавроз та ішемічний інсульт в басейні середньої мозкової артерії. Один пацієнт мав зниження зору на обидва ока - центральні скотоми (II група).

**Висновки.** Результати аналізу вказують на більш високий рівень незначних ускладнень в II групі, але ми також враховували не лише рівень ускладнень, а також їх важкість. При цьому зареєстровані випадки з виникненням комбінованих ускладнень в I групі дають підставу асоціювати їх з більш високим ризиком виникнення важких ускладнень та незворотних наслідків.

## ПАРАМЕТРИ СЛЬОЗНОГО МЕНІСКУ ЯК ДІАГНОСТИЧНИЙ КРИТЕРІЙ СИНДРОМУ СУХОГО ОКА

*Завальна Я.В., Ляпунова В.А.*

*Науковий керівник: Саксонов С.Г., Тесленко О.С.*

*Кафедра офтальмології*

*Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Синдром сухого ока (ССО) є однією з найпоширеніших та найбільш часто діагностованих патологій переднього відрізка ока. ССО не призводить до втрати зору, але вносить значний дискомфорт в повсякденний ритм життя пацієнтів. Переважно цим захворюванням страждають особи працездатного віку, тому дана патологія має значний соціально-економічний ефект.

**Мета.** Оцінити параметри слъзних менісків за допомогою передньої оптичної когерентної томографії та порівняти їх результати до та після запропонованої схеми лікування.

**Матеріали та методи.** Основна група склала 50 пацієнтів, 100 очей (чоловіків 22, жінок 28) віком 22-50 років. Контрольна група склала 10 пацієнтів (20 очей) Усі пацієнти проходили загальноофтальмологічні обстеження, а також вимірювання слъзного меніску за допомогою оптичної когерентної томографії. Вимірювались такі параметри слъзного меніску : площа слъзного меніску (ПСМ), глибина слъзного меніску (ГСМ), висота слъзного меніску (ВСМ). Вимірювання проводили у контрольній групі та у пацієнтів із діагностованим синдромом сухого ока до та після запропонованої схеми лікування.

Схема лікування в залежності від ступеня тяжкості синдрому сухого ока :

- Гідратація.
- Дієта + омега-3 жирні кислоти
- Гігієна повік: теплі компреси, самомасаж повік
- Інстиляція дексаметазону (очні краплі)
- Інстиляція антибіотику
- Штучні слъзи
- Курс масажу мейбомієвих залоз (за необхідністю)

Оцінка результатів лікування проводилася через 14 днів(дн.), 30 дн., 60 днів.

**Результати.** У 84% випадків, після курсу лікування, відмічалися зміни параметрів висоти, глибини та площі слъзного меніску. Оцінені параметри наближались до норми . У 16% випадків, суттєвих відхилень від початкових показників параметрів слъзного меніску не відмічалось. Позитивні зміни після лікування мали тривалий ефект. Параметри слъзного меніску були стабільні через 30 та 60 днів після лікування.

**Висновок.** Слъзний меніск може бути діагностичним критерієм ефективності лікування ССО. Запропонована схема лікування нормалізує вимірювані параметри та має тривалу дію. Необхідні більш детальні дослідження даної патології та проаналізувати віддалені результати.

## **«СИНДРОМ МОВЧАЗНОГО СИНУСА»: КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ**

*Коваленко А.В., Левченко С.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Діхтярук О.В.*

*Кафедра оториноларингології*

*Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., проф. Деєва Ю.В.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Мета.** Метою роботи є ознайомлення з клінічної та радіологічної картиною синдрому мовчазного синуса, що є відносно рідкісною патологією. Огляд літературних даних щодо радіологічної картини, теорії патогенезу, та сучасного методу лікування.

**Матеріали і методи.** Вивчено дані клініко-радіологічного обстеження і ендоскопічного втручання хворої 57 років з встановленим діагнозом синдром мовчазного синуса, яка знаходилась на стаціонарному лікуванні в Олександрівській клінічній лікарні м.Києва Синдром мовчазного синуса - це безболісна інволюція верхньощелепної пазухи внаслідок оклюзії остеомеатального комплексу з розвитком енофтальма. Хоча діагноз, як правило, передбачається клінічно, підтверджується характерними радіологічними ознаками включають обструкцію остеомеатального комплексу, зниження пневматизації верхньощелепної пазухи, значне зменшення обсягу пазухи за рахунок ретракції стінок.

**Клінічний випадок.** Жінка, 57 років. З анамнезу - скарги на утруднення дихання, переважно після нічного сну, вранці, періодичні слизові виділення, енофтальм ліворуч. Дані симптоми турбують протягом 1 року. З анамнезу відомо в 2005 році була прооперована з приводу хронічного поліпозного гаймороектомії (носова поліпотомія). З метою уточнення діагнозу проведено конусну променеву КТ, на отриманих зображеннях визначається тотальне зниження пневматизації правої верхньощелепної пазухи за рахунок вмісту неоднорідної щільності. Обсяг пазухи значно зменшений за рахунок ретракції («втягнення») всіх її стінок. Стінки пазухи стоншені. Визначається розширення і деформація середнього носового ходу на стороні поразки збільшення ретроантральної жирової пластинки на стороні ураження. На підставі отриманих клінічних і радіологічних ознак був виставлений діагноз: синдром мовчазного синуса. Пацієнтці проведена ендоскопічна верхньощелепна антростомія з відновленням її вентиляції.

**Висновок.** Синдром мовчазного синуса характеризується безболісним енофтальмом, пов'язаних з інволюцією верхньощелепної пазухи внаслідок обструкції її отвору. Типовим є звернення до офтальмолога зі скаргами на появу енофтальма, диплопії, що з'явилися протягом 0,5-1 року, після загострення симптомів хронічного синуситу. Оптимальним сучасним методом лікування даної патології являється ендоскопічне хірургічне втручання – антростомія (за необхідністю-мікрогайморотомія), яка дозволяє відновити аерацію верхньощелепної пазухи.

## **ЗАСТОСУВАННЯ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ЗАПАЛЬНОЮ РЕАКЦІЄЮ ПІСЛЯ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ**

*Ковальов І.А.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф.. Скрипник Р.Л.*

*Кафедра офтальмології*

*Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Мета.** Порівняти ефективність застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) та кортикостероїдів у пацієнтів після операції факоемульсифікації катаракти.



**Матеріали та методи.** Проведено проспективне дослідження в двох групах: 1) – 28 пацієнтів (28 очей), використовували НПВЗ (уніклофен. УНІМЕД ФАРМА/«UNIMED PHARMA Ltd, Словачія), 2) – 21 пацієнт (21 око), використовували кортикостероїд (дексаметазон. Фармак, Україна) протягом 1-го місяця після операції. Всім проводилась бімануальна факоемульсифікація та були імплантовані гідрофільні лінзи Slim-Flex (PhysIOL, Бельгія). Операції проведені на базі медичного центру АЙЛАЗ. Були досліджені гострота зору, рогівкова реакція та температура лімбу. В післяопераційний період пацієнти оцінили наявний дискомфорт та біль за 5-тибальною шкалою.

**Результати.** Гострота зору: перший день після операції: у групи 1) - 0.42, у 2) – 0.46; 7-й день: 0.79 та 0.80. Набряк рогівки: перший день: 1) - 44+15 мкм, 2) - 41+10 мкм; 7-й день: - 9+11 мкм та 5+12 мкм. Температура лімбу: в перший день: 1) - 32.8+2.0 оС, 2) - 33.1+1.6 оС; 7-й день: 31.43+0.4 оС та 31.43+0.6 оС. Дискомфорт: 4 бали: 1) - 3.5%, 2) - 23.8%; 1 бал: 14.3% та 9.5%.

**Висновки.** НПВЗ та кортикостероїди - ефективні протизапальні засоби контролю післяопераційної запальної реакції. В проявах запалення не було виявлено значної різниці між групами. НПВЗ за суб'єктивним показником більш ефективно усувають больові відчуття після операції.

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КАТІОНОРМУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЕНДОТЕЛІАЛЬНУ ДИСТРОФІЮ ФУКСА

*Комарова Т.М., Комаров О.М.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Гребень Н.К.*

*Кафедра офтальмології*

*Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Ендотеліальна дистрофія Фукса – тяжке захворювання, що характеризується швидкою втратою ендотеліальних клітин рогівки. Проявляється зниженням чутливості рогівки, набряком строми у центральній частині рогівки, бульозними змінами, помутнінням рогівки, дискомфортом, підвищеною світлочутливістю та зниженням гостроти зору. Корекція патологічного стану рогівки найчастіше виконується за допомогою групи препаратів репаративної та заживляючої дії. Використання сльозозамінних препаратів без консервативних домішок допомагає відновленню структури кератоцитів та сльозної плівки ока. Тому в лікуванні хворих ми застосували очні краплі «Катіонорм».

**Мета.** Вивчити ефективність застосування очних крапель «Катіонорм» при лікуванні хворих на ендотеліальну дистрофію Фукса.

**Матеріали і методи.** Проведено обстеження 14 пацієнтів (15 очей) з ендотеліальною дистрофією Фукса, термін спостереження 3-6 місяців. В результаті дослідження було виділено дві клінічні групи: I група – 8 пацієнтів (9 очей), які



використовували у схемі лікування очні краплі «Катіонорм» (по 1 краплі 3 рази на добу); II група – 6 пацієнта (6 очей), які використовували інші сльозозамінники. Усім пацієнтам було виконано візіометрію, рефрактометрію, тонометрію, периметрію, біомікроскопію, офтальмоскопію. Хворі з I та II груп отримували основну терапію місцевого лікування: декспантенол, вітаміни А, В2, С, таурин, аутоциратку крові.

**Результати.** За даними візіометрії гострота зору пацієнтів I та II клінічних груп складала  $0,03 \pm 0,01$ . Середні результати тонометрії в усіх пацієнтів складала 17,4 мм рт.ст.. За результатами біомікроскопії через 3 місяці спостерігали такі клінічні симптоми: зниження чутливості рогівки, наявність больового симптому, бульозні зміни рогівки, нерівномірність зрізу рогівки, наявність дефектів епітелію, наявність набрякових ділянок, виразкування та інші. Після проведеного лікування визначили, що набряк рогівки, дефекти епітелію зменшились в I групі у 7 пацієнтів (8 очей) (88,9%), II групі – у 5 пацієнтів (5 очей) (83,3%). Симптоми подразнення рогівки, больовий синдром зменшились в I групі у 6 пацієнтів (7 очей) (77,8%), II групі – у 4 пацієнтів (4 ока) (66,7%). Також спостерігали покращення чутливості очей, зменшення сльозотечі. Гострота зору у I групі була  $0,05 \pm 0,01$ , у II групі –  $0,04 \pm 0,01$  (у цієї групи пацієнтів гострота зору суттєво не змінювалась). Після виконання тонометрії значних змін у коливанні ВОТ не відмічали.

**Висновки.** Використання у терапії хворих на ендотеліальну дистрофію Фукса очних крапель «Катіонорм» дозволяє зменшити симптоми подразнення рогівки, больовий синдром та покращити структуру рогівки, стан стромальної структури рогової оболонки ока.

## ПЕРЕЛОМИ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ У ДІТЕЙ

*Мансуров Ф.М., Примак І.О.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Кисельова Н.В.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку*

*Завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*дитячого віку: д.мед.н., проф. Яковенко Л.М.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Питомавага дітей з травмами скуло-орбітального комплексу (СОК) від загальної кількості травм щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) зростає 5% до 11.7%. У 83% ці переломи поєднуються з ушкодженням м'яких тканин, ЛОР – органів, очниці, головного мозку, що потребує міждисциплінарного підходу при лікуванні таких дітей.

**Мета.** Вивчення діагностично-лікувального алгоритму при переломах СОК у дітей.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 225 історій хвороб дітей з переломами кісток ЩЛД на клінічній базі Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ ДКЛ№7 в період 2014-18 рр.

Проаналізовано діагностично – лікувальні заходи, які проведені у дітей з переломами СОК.

**Результати.** Із 225 дітей з переломами кісток ЩЛД, переломи СОК діагностовано у 30 випадках. Причинами переломів СОК були: побутові (30%), спортивні травми (22%), падіння (26%), дорожньо-транспортні пригоди (22%). За гендерною приналежністю переважали хлопчики -87%, дівчатка - 13%, частіше СОК виявили у віці 15-17 років (74%) та 9-14 років (26%). Патогномонічними ознаками переломів СОК є: симптом «сходінки» по нижньоочному краю (77%), хемоз (77%), енофтальм (10%), диплопія (13%), субкон'юнктивальна суффузія (26%), екхімоз слизової перехідної складки (40%), носові кровотечі (33%), обмежене відкривання рота (77%), ан- гіпоестезія нижньої повіки, підочної ділянки (90%). Переломи СОК були поєднані з переломами кісток носа (16%), нижньої стінки очниці (26%), ураженням очного яблука (3%), закритою черепно-мозковою травмою (66%). Діти були обстежені суміжними лікарями – оториноларингологом, офтальмологом, нейрохірургом. Усім дітям було проведено комп'ютерну томографію ЩЛД для виявлення топографії перелому та ступеню зміщення уламків. В результаті діагностовано переломи зі зміщенням у 23 дітей (77%), які потребували відкритої репозиції уламків. При оперативному втручанні використано доступи, в залежності від топографії переломів: інфраорбітальний (43%), субтарзальний (48%), субціліарний (9%), верхній транспальпебральний (83%), внутрішньо ротовий (78%). Фіксація фрагментів проводилась міні Ті-пластинами у всіх випадках.

**Висновки.** Алгоритм діагностичних заходів при переломах СОК у дітей передбачає обов'язкове проведення КТ з урахуванням клінічних проявів та оглядом суміжних спеціалістів. Лікування СОК зі зміщенням включає проведення репозиції та ефективного МОС з урахуванням доступу та вибором оптимальних фіксуєючих елементів. За показаннями виконання симультанних втручань разом з оториноларингологом та офтальмологом.

## АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЯЗИКА У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМ НЕЗРОЩЕННЯМ ПІДНЕБІННЯ.

*Миткалик А.А., Олексюк М.В., Абасов В.С.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Яковенко Л.М.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку*

*Завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*дитячого віку: д.мед.н., проф. Яковенко Л.М.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Язик – потужний м'язовий фактор впливу на розвиток зубо-щелепно-лицевої системи, звуковимови. Збільшення або зменшення його розмірів, положення призводить до змін анатомо-топографічного співвідношення з оточуючими тканинами, що може бути як компенсуючим механізмом при різних захворюваннях і, зокрема, вроджених незрощень піднебіння (ВНП).

**Мета.** Визначити анатомо-топографічні показники язика у дітей без патології та при ВНП.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано 10 МРТ дітей без патології та з ВНП віком від 9 до 11 років. Визначені анатомо-топографічні показники язика.

**Результати.** Встановлено, що у дітей в нормі язик має лопатоподібну форму, корінь його розташовується в проекції м'якого піднебіння. Розміри його становлять: передня третина – від 20 до 23 мм; середня – від 30 до 37 мм; задня – 33-40 мм. У дітей з ВНП ці показники становили: передня третина – від 22 до 30 мм; середня – від 31 до 39 мм; задня – 37-49 мм. Отримані результати МРТ вимірів язика вказують, що у дітей з ВНП в порівнянні з нормою найбільш значимо збільшується задня третина язика в середньому на 6 мм та довжина передньої третини язика на 4,5 мм, середня – майже не змінена. Права та ліва половина язика у всіх дітей з ВНП відрізнялась на 10 - 20 %, а у дітей без патології ці значення були в межах 5%.

**Висновки.** У дітей з ВНП збільшуються розміри передньої (на 2 - 7 мм) та в більшій мірі задньої (4 – 9 мм) третини язика та порушується симетричність правої та лівої сторони його, що є компенсаторною реакцією на наявність дефекту тканин твердого та м'якого піднебіння, збільшення об'єму мезофарингса.

## КРОС-СЕКЦІЙНИЙ АНАЛІЗ АНОМАЛІЙ РЕФРАКЦІЇ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

*Павленко Р.О., Серета С.О.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скрипниченко І.Д.*

*Кафедра офтальмології*

*Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** За даними ВООЗ, у світі нараховують 285 млн людей з порушеннями зору, серед них некориговані аномалії рефракції становлять 43%. У США 23,9% популяції страждають від міопії, 8,4% від гіперметропії. Поширеність астигматизму від 3% до 30%, в залежності від значення діоптрій, при яких встановлюється діагноз.

**Мета.** Провести скринінг аномалій рефракції у студентів-медиків.

**Матеріали та методи.** Виконано крос-секційне дослідження студентів НМУ імені О.О. Богомольця способом онлайн-анкетування, розміщеного в соціальній мережі Facebook. Проаналізовано 630 анкет студентів-медиків та отримано дані про поточну гостроту зору, наявність аномалій рефракції до вступу до університету та їх тип, спосіб корекції зору, та можливу причину погіршення зору.

**Результати.** В результаті анкетування було проаналізовано дані 448 осіб жіночої статі (71%) та 182 осіб – чоловічої (29%). 1 курсу було 138 (21,9%) осіб, 2 курсу - 151 (24%) особа, 3 курсу - 145 (23%) осіб, 4 курсу - 78 (12,4%) осіб, 5 курсу - 80 (12,7%) осіб, 6 курсу - 39 (6,2%) осіб. Лише 121 особа (19,2%) не мала аномалій

рефракції, або не знала про них. На момент опитування, гострота зору без корекції правого ока становила 0,5 (95% ДІ 0,4-0,6), лівого ока – 0,5 (95% ДІ 0,4-0,6). В структурі аномалій рефракції превалювала міопія - 207 осіб (40,6%) та астигматизм – у 53 осіб (10,4%), а гіперметропія спостерігалась у 23 випадках (4,5%) 259 (41,1%) опитуваних відмітили, що мали аномалію рефракції до вступу в університет, а у 250 (39,7%) зниження зору відбулося після вступу. З них, 217 (42,6%) пов'язують це з постійними стресовими ситуаціями, 268 (52,7%) - з недостатністю часу для відпочинку, 320 (62,9%) - з постійним користуванням гаджетами, 294 (57,8%) - з надмірним зоровим навантаженням, 132 (25,9%) з погано облаштованим робочим місцем, 91 (17,9%) - зі спадковістю.

Опитувані, які мали аномалію рефракцію, у 159 (31,2%) випадках використовували корекцію за допомогою окулярів, у 99 (19,4%) – за допомогою м'яких контактних лінз. У 251 (49,3%) випадку корекцію порушень рефракції не проводили взагалі.

**Висновки.** За даними цього дослідження, аномалії рефракції мали 80,8% опитуваних. Високий рівень аномалій рефракцій пов'язаний, в першу чергу, з надмірним зоровим навантаженням та відсутністю правильного відпочинку для очей. А високий рівень некоригованих аномалій рефракції (49,3%) свідчить про недостатній рівень обізнаності в офтальмології навіть серед студентів-медиків.

## ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРЕЛОМИ ВИРОСТКОВОГО ВІДРОСТКА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З ВРАХУВАННЯМ СТАНУ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

*Паливода Р.С.*

*Науковий керівник: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., проф. Маланчук В.О.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*Завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., проф. Маланчук В.О.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** За даними літератури в структурі травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки переломи нижньої щелепи (НЩ) становлять 79-84% випадків, від 9 до 62% з них локалізуються в ділянці виросткового відростка нижньої щелепи (ВВНЩ) (Матрос-Таранец І.М., 2008; Маланчук В.О. та ін., 2013; P. Voffano et al., 2015). Вдосконалення способів діагностики та лікування хворих на переломи ВВНЩ не полишають актуальності (Ellis, Throckmorton et al., 2005; Копчак А.В., Маланчук В.О., 2008; Рябоконт Є.М. та ін., 2009).

Відновлення висоти гілки НЩ, точна репозиція відламків та створення умов для їх консолідації попереджують дисфункцію латерального крилоподібного м'язу, проте ряд авторів вказують на ранні та пізні ускладнення, інколи виникає потреба в

проведенні додаткових хірургічних втручань (Zachariades N. et al., 2006; Ellis III et al., 2009; Копчак А.В., 2014).

Враховуючи вищесказане, кінематичні особливості та структуру скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), особливості переломів ВВНЩ, очевидно існують другорядні фактори, що не враховуються при лікуванні цього виду травми.

**Мета.** Вивчити закономірності розподілу навантаження на контактних поверхнях суглобового диску СНЩС та голівки НЩ при різному осьовому нахилі ВВНЩ в сагітальній площині.

**Матеріали і методи дослідження.** На базі лабораторії біомеханіки ДУ «Інститут ортопедії і травматології НАМН України» проведено біомеханічний експеримент на кадаверному матеріалі (5 анатомічних блоків). Застосовано плівки для визначення контактних тисків Fuji Prescale Pressure Measuring Film (Japan) чутливістю Ultra Super Low Pressure Range типу А та С. Розшифрування та аналіз плівок проведено в програмному забезпеченні «Chitach», статистичну обробку даних – в програмі Medstat.

**Результати.** При куті сагітальної ротації ВВНЩ  $33^\circ$  величина діючої на структури СНЩС сили склала 16,3 Н або 54,3 % результуючої сили, прикладеної до анатомічного зразка, при куті сагітальної ротації  $21^\circ$  - не пропорційне інтервалу пікове зростання навантаження. Отримано сильний кореляційний зв'язок між вектором навантаження та біомеханічними показниками системи (напруження діапазону А, В):  $R_{o<0}$ ;  $R_{o1}$  (діапазон А) = 0,893, при  $p=0,01$ ) та  $(R_{o2}$  (діапазон В) = 0,964 при  $p=0,01$ ). Між площею контакту та вектором навантаження зв'язку не виявили ( $p \geq 0,05$ ).

**Висновки.** Кут сагітальної ротації ВВНЩ відіграє значну роль в зміні біомеханічних параметрів навантаження на СНЩС та має враховуватися при оперативному лікуванні хворих на переломи ВВНЩ.

## ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛИНЗ НА ОСНОВАНИИ ОКТ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА

*Педай А., Демидкина М.*

*Научный руководитель: к.мед.н., доц. Лупырь С.А.*

*Кафедра урологии, онкологии, радиологии, трансфузиологии, офтальмологии, оториноларингологии*

*Заведующий кафедрой: проф. Комаревцев В.Н.*

*Луганский государственный медицинский университет*

*г.Рубежное, Украина*

**Актуальность.** Основными побочными эффектами в состоянии роговицы при использовании жестких газопроницаемых контактных линз (ЖГКЛ) при Рефракционной терапии (РТ) являются различные эпителиопатии, воспаления и гипоксические состояния. Оптическая когерентная томография (ОКТ) является бесконтактным, безопасным, чувствительным и высокоинформативным методом

диагностики патологических состояний различных структур глазного яблока, в том числе и роговицы.

**Цель.** Изучить влияние ЖГКЛ на отдельные морфо-физиологические характеристики роговицы детей, находящихся на курсе РТ в зависимости от разных сроков лечения и степени миопии.

**Материал и методы.** Исследованы 27 детей - 51 глаз. 12 мальчиков (44,4%) и 15 девочек (56,6%). Все дети пользовались РТ: в течении 1 года – 13 глаз (25,5%), 2 года – 18 (35,3%), 3 года – 20 (39,2%) сроком от 1 до 3-х лет. Степень миопии распределилась следующим образом: слабая миопия выявлена в 21 глазу (41,2%), средняя – в 27 глазах (52,9%) и высокая – в 3-х глаза (5,9%). Распределение степени миопии в группе отражено в таблице 1.

	1-й год	%	2-й год	%	3-й год	%
Слабая	7	33,3	2	57,1	2	9,5
Средняя	5	18,5	6	22,2	16	59,3
Высокая	1	33,3	0	0,0	2	66,7

Результаты обработаны методом вариационного анализа и включают данные среднего арифметического показателя и его стандартного отклонения.

**Результаты.** Оценка оптической плотности стромы не выявила каких-либо значимых изменений. Результаты измерения толщины стромы показаны в таблице 2.

Степень/ срок терапии	Слабая	Средняя	p	Высокая	p
1 год	508,0 $\pm$ 3,2	506,8 $\pm$ 3,5	>0,1	490	-
2 года	505,9 $\pm$ 2,9	507,5 $\pm$ 5,0	>0,1	-	-
p	>0,1	>0,1	-	-	-
3 года	507,5 $\pm$ 7,5	505,3 $\pm$ 2,8	>0,1	492,5 $\pm$ 2,5	>0,1
p	>0,1	>0,1	-	-	-

Пахиметрия не показала достоверной разницы в группах сравнения. Толщина стромы роговицы не зависела от степени близорукости и сроков нахождения на курсе РТ. Достоверные отличия в пахиметрических данных были в группе сравнения слабой степени миопии и высокой на третьем году использования РТ, но в сторону незначительного утончения: 507,5 $\pm$ 7,5 и 492,5 $\pm$ 2,5 соответственно (p<0,05).

**Выводы.** ОКТ переднего отрезка является эффективным методом для оценки морфофункциональных параметров роговицы при использовании РТ.



## ТРОМБОЗ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ЯК НАСЛІДОК ЗИГОМІКОЗА

*Попович І.О., Буньковський Н.І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Діхтярук О.В.*

*Кафедра оториноларингології*

*Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., проф. Деєва Ю.В.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність теми.** Інвазивний зигомікоз знаходиться на 3-му місці по частоті виникнення після інвазивного кандидоза та аспергільоза. Риноцеребральна форма зигомікоза складає 30%-50% випадків даного захворювання. Близько 70% епізодів даного захворювання діагностують у пацієнтів із діабетичним кетоацидозом, рідше – у пацієнтів з імунodefіцитом. Викликається грибами роду Зигоміцети, які є тропними до ендотелію судин. При відсутності ранньої діагностики процес розповсюджується від придаткових пазух носа до орбіти, призводячи до порушення функції параорбітальних м'язів, порушення зору, тромбозу кавернозного синуса в результаті враження п.оculus або артеріол.

**Мета.** Визначення клінічних характеристик та наслідків захворювання.

Case report: Пацієнт, 50 років, був направлений у ЛОР-відділення ОКЛ із наступними скаргами: головний біль, біль та відчуття оніміння у правій половині обличчя, набряк та опущення правої повіки.

Проведено рентгенографію приносових пазух: пристінковий набряк правого верхньощелепного синусу.

Об'єктивно: екзофтальм та птоз праворуч, відсутність виділень із правої половини носа, відсутність гнійного вмісту у правому верхньощелепному синусі при проведенні пункції. Ендоскопічно - наявність нашарувань білого кольору в області середньої носової раковини праворуч.

Терапія: протинабрякова, антиагрегантна, АБТ, антикоагулянти.

Проведена мультиспіральна КТ для дослідження орбіти, БНП: набряк ретробульбарної клітковини, екзофтальм праворуч.

Проведена МРТ венографія головного мозку: Ознаки тромбозу кавернозного синуса.

В загальному аналізі крові: тенденція до лейкопенії.

Консультований офтальмологом: гостре порушення кровообігу і системи зорового нерва.

Консультований нейрохірургом : Тромбоз кавернозного синуса.

Консультований ендокринологом: Цукровий діабет 2 тип, середнього ступеню важкості, медикаментозно декомпенсований.

Проведена біопсія та наступне гістологічне дослідження матеріалу з середньої носової раковини : виявлені зміни характерні для грибів роду Зигоміцети.

Пацієнт переведений до неврологічного відділення для подальшого лікування.



**Висновок.** Мукормукоз є найбільш фатальною грибовою інфекцією серед людей, із летальністю в 15-34%. Рання діагностика та відповідна терапія – є ключовими аспектами сприятливого прогнозу для пацієнта.

Особи, що знаходяться в групі ризику ( цукровий діабет, декомпенсована форма; пацієнти із імунodefіцитними станами; особи, із лейкопенією невідомого генезу) та при наявності відповідної клінічної симптоматики, повинні бути обстежені на предмет інвазивного зигомікоза.

## СИНДРОМ СУХОГО ОКА У СТУДЕНТІВ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

*Габаль Р.І., Серода С.О.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скрипниченко І.Д.*

*Кафедра офтальмології*

*Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Щороку збільшується кількість офтальмологічних пацієнтів, яким встановлюється синдром сухого ока (ССО). За даними ВООЗ близько 18% населення мають діагноз ССО. ССО - це стан, який може виникнути, внаслідок надмірного навантаження при роботі з мультимедійними гаджетами, у зв'язку з несприятливими факторами: низька вологість повітря у приміщенні, емоційне перенапруження, наявність шкідливих звичок; як ускладнення лікування різноманітних офтальмопатій: порушення рефракції, глаукома; при органічній патології органа зору, при прийомі гормональних препаратів, тощо. Основний механізм розвитку ССО виникає за рахунок зниження мигального рефлексу, зниження продукції сльози або надмірного її випаровування, що і складає близько 85% причин ССО.

**Мета роботи.** Перевірити наявність ССО у студентів медичного університету.

**Матеріали та методи.** Було проведено анкетування 50 студентів НМУ, що не мають порушення рефракції та інших офтальмологічних захворювань на момент дослідження, віком від 18-22 років, без урахування статі за допомогою стандартизованого опитувальника «Анкета перевірки синдрому сухого ока»(OSDIS), що використовується на базі клініки «АІЛАЗ». Під час роботи проведено аналіз доказових баз даних: PubMed, EMBASE.

**Результати.** При аналізі анкетування, що було проведено нами: 50 студентів вказали, що протягом тижня доволі часто читають, працюють з гаджетами, перебували під час вітряної погоди, 3 студентів проводили час за кермом у нічний час, 8 студентів відмічають погіршення зору під кінець робочого дня, 5 опитуваних відмічали відчуття стороннього тіла в оці. Підсумовуючи результати опитування за кількістю балів: 37 опитуваних не мають скарг з боку органа зору та за кількістю балів ввійшли у групу «норма», 9 студентів за кількістю балів ввійшли у групу «легкі

прояви(початкові)», яким було надано рекомендації офтальмолога, щодо профілактики ССО та гігієни органа зору, 4 – ввійшли у групу «помірні прояви», яким було проведено пробу Ширмера для підтвердження ССО, що виявилася негативною, що свідчить про суб'єктивну оцінку при анкетуванні 4 студентів, які ввійшли у групу «помірні прояви».

**Висновок.** ССО є досить поширеною проблемою серед пацієнтів, що звертаються до офтальмолога. При аналізі анкетування опитувальної групи студентів медичного університету ССО не відмічається, що свідчить про обізнаність студентів та дотримання гігієни органа зору.

## ЛІКУВАННЯ РАКУ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ: РЕЗЕКЦІЯ З ПЛАСТИКОЮ ДНА ОЧНИЦІ

*Іванчихін Д.С., Торопов Б.О.*

*Науковий керівник: к.мед.н., ас. Рибачук А.В.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*Завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., проф. Маланчук В.О.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

Ключові слова: Плоскоклітиний рак верхньої щелепи, злоякісні новоутворення верхньої щелепи, заміщення дефектів орбіти.

Актуальність: Плоскоклітинна карцинома (ПКК) становить до 95% всіх злоякісних новоутворень порожнини рота.

Це захворювання має високу кореляцію при стресах, зниженому імунитеті, шкідливих звичках тощо. Ускладнена ПКК виникає в декількох типових інтраоральних ділянках, включаючи присінок рота, язик (найчастіше), ясна, губи та слизову оболонку. ПКК може також бути у зубному сегменті верхньої або нижньої щелепи.

Клінічний випадок: Локально: серозно-гнійні, кров'янисті виділення з носових ходів, одностороння рясна сльозотеча, набряк повік або м'яких тканин обличчя відповідної сторони, порушення шкірної чутливості.

Хворій проведено радикальний курс променевої терапії та 4 цикли променевої хіміотерапії.

Обличчя асиметричне за рахунок набряку м'яких тканин зліва, відкривання рота повне, носове дихання лівої ніздрі обмежене, на лівій половині твердого піднебіння припухлість, слизова оболонка гіперемована, зуби стійкі. Риноскопично: ліва половина носа вповнена пухлинними масами.

На рентгенограмі КТ-3D виявлено пухлинне новоутворення, що уражає ліву

верхню щелепу, а саме верхньощелепну пазуху та поширюється на решітчастий лабирінт і ліву орбіту (рис. 1).



Рис.1.

Діагноз: Рак лівої верхньої щелепи. Ст.4. T4N0M0. Стан після хіміопроменевої терапії.

Проведена операція–резекція лівої верхньої щелепи з одночасним пластичним усуненням дефекту кістково-м'язевим фрагментом лівого вінцевого паростка нижньої щелепи на ніжці зі скроневого м'яза (В.О. Маланчук та співавт., 1990р.)

Результати патогістологічного дослідження: Плоскоклітиний ороговіючий рак.

Обговорення клінічного випадку:

Інвазивні ПКК складно діагностувати на ранніх стадіях і вони можуть бути помилково визначені, як, наприклад, больовий синдром в зоні обличчя (невралгія трійчастого нерва), які часто представляють собою односторонню біль у ділянці верхньої щелепи. Ознаки і симптоми, що вказують на наявність плоскоклітинного раку: Прогресуючий біль; парестезія в ділянці підочного нерва; потовщення альвеолярного паростка піднебіння; обструкція носових ходів; носовивиділення і носова кровотеча; офтальмоплегія та диплопія; лімфаденопатія; втрата ваги.

#### **Висновок:**

1. Діагностика новоутворень голови та шиї в першу чергу передбачає точну постановку діагнозу на основі додаткових методів дослідження, а також визначення, чи можлива хірургічна резекція пухлини;

2. У пацієнтки, яка представлена у даному клінічному випадку, на наявність злоякісної пухлини свідчить: анамнез, клінічна картина(серозно-гнійні, кров'янисті виділення з носових ходів, одностороння рясна сльозотеча, набряк повік або м'яких тканин обличчя відповідної сторони, порушення шкірної чутливості), результати КТ та КТ-3D.

3. Рання діагностика має першорядне значення для сприятливого результату лікування даної категорії хворих.

## ВПЛИВ РЕФРАКЦІЇ ОКА НА ЧАСТОТУ ВИНИКНЕННЯ АСТЕНОПІЧНИХ СКАРГ ПРИ ДОВГОТРИВАЛІЙ РОБОТІ НА БЛИЗЬКІЙ ВІДСТАНІ

*Шульга І. В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Скрипник Р.Л.*

*Кафедра офтальмології*

*Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** В останні роки, у зв'язку із технічним прогресом переважна більшість молодих людей працюють з паперовими та електронними носіями протягом тривалого часу. Така праця дуже часто призводить до виникнення астенопічних скарг, а саме головного болю, швидкої зорової втоми, почервоніння очей, відчуття сухості та дискомфорту очей, короткочасного зниження зору.

**Мета:** дослідити залежність частоти виникнення астенопічних скарг від клінічної рефракції ока при довготривалій роботі на близькій відстані.

**Матеріали і методи.** Дослідження проводилося на 73 пацієнтах (146 очей) віком від 18 до 35 років, які вперше були обстежені лікарем-офтальмологом. Всі пацієнти були розподілені на 5 груп: 1 група – 15 пацієнтів (30 очей) з міопією слабого ступеня, 2 група – 15 пацієнтів (30 очей) із простим та складним міопічним астигматизмом, 3 група – 15 пацієнтів (30 очей) з гіперметропією слабого ступеня, 4 група – 15 пацієнтів (30 очей) із простим та складним гіперметропічним астигматизмом, 5 група – 13 пацієнтів (26 очей) з еметропією. Усім пацієнтам була проведена візометрія, cover – тест, дослідження запасу акомодатії, біомікроскопія ока, огляд очного дна, рефрактометрія з вузькою зіницею та в умовах медикаментозної циклоплегії.

**Результати.** За даними візометрії усі пацієнти були розподілені на 5 груп.

При проведенні cover – тесту у 100% пацієнтів відсутня тропія та форія.

При біомікроскопії були виявлені такі зміни: бульбарна гіперемія різного характеру у 1й групі – 46,6%, у 2й групі - 60%, у 3й групі – 80%, у 4й групі – 93%, у 5й групі – 23%; зменшення товщини та нерівномірність країв слізної плівки у 1й групі – 40%, у 2й групі – 46,6%, у 3й групі – 73%, у 4й групі – 80%, у 5 групі – 15%.

При огляді очного дна у всіх пацієнтів патології не виявлено.

При проведенні рефрактометрії з вузькою зіницею у 1й групі була виявлена міопія слабого та середнього ступеня, у 2й групі - простий та складний міопічний астигматизмом, у 3й групі – міопія слабого ступеня у 46,6%, гіперметропія слабого ступеня у 53,3%, у 4й групі – у 60% - змішаний астигматизм, 40% - простий та складний гіперметропічний астигматизм, у 5й групі – 46,6% мали міопію слабого ступеня.

Клінічна рефракція ока у всіх групах пацієнтів була підтверджена рефрактометрією на фоні медикаментозної циклоплегії.

**Висновки.** За результатами нашого дослідження було виявлено, що найбільш виражені зміни з боку функціональних здібностей ока були виявлені у 3й та 4й групах пацієнтів з гіперметропічною рефракцією. Це може свідчити про те, що у даної категорії пацієнтів найбільш часто зустрічаються астенопічні скарги з боку органу зору.

**ХІ МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА  
КОНФЕРЕНЦІЯ СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ  
ВЧЕНИХ «СПЕЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ  
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ  
ЛОР-ОРГАНІВ, КРАНІОФАЦІАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ  
ТА ОРГАНА ЗОРУ»**

**XI INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND  
PRACTICAL CONFERENCE OF STUDENTS AND  
YOUNG SCIENTISTS "SPECIAL ISSUES OF  
DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ENT  
ORGANS, CRANIOFACIAL AREA AND VISUAL  
ORGAN DISEASES**

**21-22 березня 2019 року**

## ДІАГНОСТИЧНА ТАКТИКА КІСТ, ЩО ВРОСЛИ В ГАЙМОРОВУ ПАЗУХУ У ДІТЕЙ

*Абасов В.С.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Яковенко Л.М.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку*

*Завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*дитячого віку: д.мед.н., проф. Яковенко Л.М.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Кісти різного генезу з локалізацією на верхній щелепі здатні проростати в верхньощелепну пазуху. Такі пухлиноподібні новоутворення вимагають взаємодії і співпраці щелепно-лицевих хірургів і ЛОР-лікарів.

**Мета.** Визначити комплекс діагностичних дій при кістах верхньої щелепи, що вросли у верхньощелепну пазуху.

**Матеріали та методи.** За розробленою картою обстеження проведено ретроспективний аналіз 52 історій хвороб пацієнтів з діагностованими кістами щелеп, які перебували на лікуванні на клінічній базі Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ імені О.О. Богомольця ДКЛ № 7 за 2018 рік.

**Результати.** Встановлено, що пацієнти з одонтогенними кістами складають 96,2% (n = 50), з них радикальні складають - 51% (n = 26), радикальні зубовмісні - 21,6% (n = 11) і фолікулярні - 21,6% (n = 11), резидуальні - 3,9% (n = 2). Кісти від тимчасових зубів зустрічаються в 56,9% (n = 29), від постійних зубів 43,1% (n = 22). Цистектомія у пацієнтів з кістами була проведена в 48,1% (n = 25) випадків, цистотомія в 51,9% (n = 27).

За гендерною приналежністю процентне співвідношення пацієнтів: 51,9% (n = 27) - хлопчиків, 48,1% (n = 25) - дівчаток. За віковими групами: 3-6 років - 3,8% (n = 2), 6-11 років - 73,1% (n = 38), 12-18 років - 23,1% (n = 12). Кісти з локалізацією на верхній щелепі зустрічаються рідше - 23,1% (n = 12), ніж на нижній 73,1% (n = 38), а на обох щелепах в 3,8% (n = 2) випадків. Кісти, що вросли в гайморову пазуху, складають 5,8% (n = 3).

Для вибору тактики лікування, додатково, пацієнтам з кістами, що вросли в гайморову пазуху виконано КТ обстеження. При кістах неодонтогенного походження були проведені додаткові консультації ЛОР-фахівця.

**Висновки.** При локалізації кіст на верхній щелепі, що вросли в гайморову пазуху, необхідно диференціювати їх з хронічним синуситом і виключити анатомо-топографічні особливості будови верхньої щелепи, що вимагає взаємодії і співпраці щелепно-лицевих хірургів з ЛОР-фахівцями.



## ДІАГНОСТИКА ЗМІН СЛІЗНОЇ ПЛІВКИ У КОРИСТУВАЧІВ ЦИФРОВИМИ ПРИСТРОЯМИ

*Безкоровайна А.О.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Ряднова В.В.*

*Кафедра оториноларингології з офтальмологією*

*Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Безшапочний С.Б.*

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"*

*м. Полтава, Україна*

**Актуальність.** При роботі з електронними гаджетами з'являються офтальмологічні скарги, об'єднані в «комп'ютерний зоровий синдром» (Chiasson M.N.,2000). Цей термін включає симптоми «зорової втоми» та дисфункції мейбомієвих залоз (Пимениди М.К.,2010). Згідно з літературою, зорова втома проявляється через 2, у більшості – через 4 і практично у всіх - через 6 годин роботи за екраном (Е.Е. Сомов,2012; M Logaraj et al.,2014). Однак недостатньо висвітленій стан очної поверхні при роботі за комп'ютером аргументує доцільність проведення подальших досліджень.

**Мета роботи.** Вивчити зміни поверхні ока у користувачів цифровими пристроями.

**Матеріали та методи.** Нами було обстежено 123 людини (246 очей) у віці 20-27 років (у середньому  $23 \pm 0,42$ ). Усі обстежені були поділені на групи залежно від тривалості безперервного цифрового навантаження: I гр. (1 год) - 64 ока.; II гр. (2 год) – 62 ока.; III гр. (4 год) – 60 очей.; та IV гр. (6 год) – 60 очей. Всім обстеженим проводили інтерферометрію та вимір товщини слізного меніску на апараті SBM ICP Tearscope (Італія) та iPad Pro (США).

**Результати.** При первинному обстеженні 33% (41 особа) мали скарги, характерні для хвороби сухого ока. Інтерферометрично виявлено товщину ліпідного шару: 30 нм у 16% (40 очей); від 30 до 80 нм у 15% (38 очей); 80 нм у 55% (135 очей); від 80 до 120 нм у 14% (33 ока). Висота слізного меніску складала  $<0,22$  мкм у 45% (111 очей);  $\geq 0,22$  мкм – у 55% (135 очей). Після цифрового навантаження товщина ліпідного шару слізної плівки достовірно прогресивно зменшувалася відповідно до зростання часу перебування за дисплеєм. Встановлено пряму кореляційну залежність ( $r = 0,69$  ( $p < 0,05$ )). Товщина слізного меніску змінювалася неоднозначно. Кореляційна залежність від тривалості цифрового навантаження виявилася недостовірною ( $r = 0,28$ ). Отже, проведеним дослідженням встановлено, що зменшення товщини ліпідного шару є специфічним показником змін слізної плівки при цифровому навантаженні.

**Висновки.** 1.Тривалість роботи за цифровим пристроєм безпосередньо впливає на зміни показників слізної плівки ока. 2.Показники товщини ліпідного шару слізної плівки достовірно корелюють з часом перебування за цифровими пристроями ( $r = 0,69$  ( $p < 0,05$ )).

## СТРУКТУРА КОМОРБІДНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИННИХ ТА ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗ

*Боковець Я.О.*

*Науковий керівник: д.пед.н., к.мед.н. професор Кульбашна Я.А.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*Завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., проф. Маланчук В.О.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Протягом 2017-2018 років у клініці Кафедра хірургічної стоматології та щелепно - лицевої хірургії НМУ імені О.О.Богомольця спостерігається збільшення кількості пацієнтів з поєднаною патологією слинних залоз (СЗ) та щитоподібної залози (ЩЗ). Кореляційні зв'язки у виникненні таких станів у вітчизняних і зарубіжних наукових джерелах висвітлено недостатньо, що актуалізувало напрям дослідження.

**Мета.** Дослідити структуру поєднаних захворювань СЗ і ЩЗ за даними архівних матеріалів і власних клінічних спостережень.

**Матеріали та методи.** Аналіз даних наукових джерел з проблеми дослідження, ретроспективний аналіз історій хвороби, спостереження за клінічним перебігом захворювань СЗ на тлі тиреопатії.

**Результати.** Проведено ретроспективний аналіз 325 історій хвороби пацієнтів з патологією СЗ, що звертались за консультативно-лікувальною допомогою до відділень щелепно-лицевої хірургії КМКЛ №12 в період 2016-2018 років, що складає 3,64% усіх пацієнтів та аналіз даних клінічних спостережень 10 пацієнтів з поєднаною патологією СЗ та ЩЗ на клінічних базах Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії.

Серед хворих (всього 325 осіб), що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії №1 за період 2016-2017 рр. та у відділенні №2 в період 2016-2018 рр. КМКЛ №12 з приводу захворювань СЗ, переважають чоловіки віком 35-59 років - 24,3% усіх хворих, в структурі патології СЗ переважає хронічний калькульозний сіалоаденіт (28,3), серед пухлинних захворювань домінує міоєпітеліома - 37,5% усіх пухлинних захворювань СЗ. У 40,2% пацієнтів наявні супутні захворювання, що можуть впливати на перебіг захворювання СЗ, зокрема переважають серцево-судинні захворювання (59,3%). Виявлено, що у архівних історіях хвороби пацієнтів з патологією СЗ відсутні дані про стан ЩЗ, що унеможливило аналіз структури поєднаної патології.

На клінічних базах Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії проведено обстеження 10 пацієнтів з поєднаною патологією ЩЗ та СЗ, серед захворювань СЗ спостерігались сіалоаденіт, сіалолітіаз, аденома, аденокарцинома, саркома та пухлина Уортіна. Серед захворювань ЩЗ переважали злоякісні пухлини –

аденокарцинома (40%); спостерігались вузловий та колоїдний зоб, аутоімунний тиреоїдит.

**Висновки.** Дослідження структури поєднаних захворювань СЗ і ЩЗ виявило поліморфізм з переважанням запальних захворювань СЗ. Дані архівних матеріалів засвідчили, що стан ЩЗ пацієнтів не досліджувався.

Подальший напрям дослідження полягає у збільшенні кількості спостережень, що дасть змогу статистично обґрунтувати їх достовірність.

## СИНДРОМ ПОРОЖНЬОГО НОСА (ENS)

*Бурко Г.Ю.*

*Науковий керівник: ас. Рахманов В.В.*

*Кафедра оториноларингології*

*Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., професор Березнюк В.В.*

*ДЗ «Дніпровська медична академія МОЗ України»*

*м. Дніпро, Україна*

**Актуальність.** Синдром порожнього носа є дуже складним і маловивченим захворюванням, яке за статистикою виникає у 5% пацієнтів після перенесених операцій в порожнині носа, а саме на носових раковинах - у зв'язку з повною або частковою резекцією носової(-их) раковин(-и). Залишається відкритим питання про те, чому після грамотно проведеної операції, після якої в порожнині носа не залишається яких-небудь перепон для вільного проходження повітря пацієнти скаржаться на найсильніший дискомфорт при диханні, відчуття нестачі повітря, тривожність, незадоволеність від дихання.

**Мета.** Приділити увагу особливостям анатомії носової порожнини; дослідити реальну геометрію носової порожнини, масове використання повітря і сумарний опір каналу; виявити можливі наслідки хірургічного втручання в носовій порожнині; вивчити аеродинаміку в порожнині носа в нормі та при синдромі порожнього носа; вивчити вплив синдрому порожнього носа на роботу нервової системи; виділити окремі симптоми при синдромі порожнього носа і вивчити механізми їх виникнення; пошук методів діагностики та лікування синдрому порожнього носа.

**Матеріали і методи.** Математична модель току повітря, графічний пакет програм «Gambit», данні томографії, опрацьовані в Amiga. Проаналізовані та вивчені наукові дослідження E. Kern, M. Stenkvis, E. Moore, оглянутих пацієнтів, які перенесли конхотомію і скаржились на ускладненість носового дихання.

**Результати.** Складна будова носової порожнини людини практично виключає вивчення течії повітряних потоків за допомогою експериментальних методів візуалізації, тому на сьогоднішній день для цієї мети активно використовується чисельне моделювання і тримірна геометрія із серії томографічних знімків, програм Gambit, розрахунку течії у газодинамічному розділі FLUENT пакета ANSYS, які дають можливість отримати повну інформацію, включаючи масове використання

повітря та загальний супротив каналу. Відмічено надзвичайну різноманітність форм і, у зв'язку з цим, суттєві відмінності в структурі потоку.

Відповідно дослідженням Е. Moore і Е. Kern, синдром порожнього носа у 56% випадках пов'язаний з частковою, а у 24% - з тотальною резекцією носових раковин. За даними Е. Courtiss і R. Goldwyn, у 20% випадків парціальна резекція нижніх носових раковин не приносить покращення, а у 8% пацієнтів після неї розвивається дане захворювання.

Синдром порожнього носа складається з двох компонентів: структурного (аеродинамічного) і неврологічного (функціонального), які тісно пов'язані та суттєво впливають на якість життя пацієнта. Виділені наступні симптоми, які виникають у пацієнтів з повною або частковою резекцією носових раковин: парадоксальна обструкція, порушення роботи ВНС (дизавтономія), хронічна гіпервентиляція, хронічна сухість у носі, запалення в дихальних шляхах, невропатична біль, порушення сну (через задуху), хронічна втома.

**Висновки.** Даний підхід дослідження геометрії носової порожнини дозволить проводити віртуальні операції, які допоможуть спрогнозувати можливі наслідки реального хірургічного втручання. Синдром порожнього носа є фізично та емоційно важким станом, яке часто супроводжується повною або частковою інвалідністю, так як функція носа має основоположне значення для функціональної можливості організму, правильної функції легень, роботи нервової системи, когнітивної функції, і загальної якості життя. У зв'язку з цим, необхідно приділити особливу увагу підходам хірургічного лікування, а саме повне виключення резекції носових структур, за винятком рідких випадків, коли це необхідно.

## ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ НЮХОВОЇ ПАМ'ЯТІ

*Бурсак А.Г.*

*Науковий керівник: доцент Юрєвич Н.А., доцент Шушляпіна Н.О.*

*Кафедра оториноларингології*

*Завідувач кафедри оториноларингології: к.мед.н., доц. Яценко М.І.*

*Харківський національний медичний університет*

*м. Харків, Україна*

**Актуальність.** У сучасному світі ми оточені величезними масивами інформації. Запам'ятати всю її практично неможливо, проте нюх може подарувати нам відчуття спогадів. Тому існує необхідність простежити закономірність впізнання запахів в залежності від статі людини, його емоційного стану і наявності оториноларингологічних патологій, а також - емоційної фіксації типу подія-запах.

**Мета.** визначити залежність формування нюхової пам'яті від гендерних особливостей і емоційного стану студентів, вивчити явища синестезії.

**Матеріали і методи.** Був використаний метод анкетування, статистичний аналіз і об'єктивний огляд ЛОР-органів (обстеження разом з науковим керівником), інструментальне дослідження - ольфактометрія. Нами було проведено анкетування 50

студентів (100%) обох статей - 20 чоловіків (40%) і 30 жінок (60%): випробуванним надали 20 запахів різних груп та інтенсивностей і поставили завдання: відповісти на 3 питання: 1)Що це за запах ? 2)Приємний він вам чи ні? 3)Які асоціації, спогади викликає у вас цей запах?

В експерименті використовувалися запахи групи "парфум", "ефірні масла" "спиртовмісні", "запахи кухні", "природні, натуральні запахи, спеції", "косметика, ЛЗ". Досліджувані запахи були розподілені за інтенсивністю з визначенням порогу сприйняття.

**Результати.** Жінки більш сприйнятливі до запахів, які в 70% випадків були пов'язані з емоційними станами, і тільки 5% чоловіків(1 чол.) асоціювали запахи зі спогадами з дитинства. Багато різких запахів(ацетон, спирт, дезінфектант) були приємні випробуванним, так як викликали незвичайні асоціації або приємні спогади. В процесі проведення дослідження на початку і в кінці робочого дня багато різких запахів в 80% випадків сприймалися менш інтенсивними зі збільшенням порогу сприйняття у 60% респондентів. У 4% учасників(2 чол.) відзначається асоціативний зв'язок запаху і кольору (синестезія).

Рівень сприйняття запахів у жінок був вище, ніж у чоловіків, а також він залежав від емоційного стану і від стомлюваності протягом дня.

**Висновки.** З урахуванням проведених досліджень можемо створити критерії психо-ольфакторної чутливості у здорових людей з формуванням модальної пам'яті. Ми вважаємо, що дане дослідження слід продовжити, провівши комплексне обстеження ЛОР-органів учасників. Планується розробка ароматерапії, яка може допомогти відновити пам'ять пацієнтам з нейродегенеративними захворюваннями, хворобою Альцгеймера, Паркінсона, деменцією і т.п.

## ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕНЬ СТІНОК ЛОБОВОГО СИНУСА ПРИ ПОСДАНІЙ КРАНІО-ФАЦІАЛЬНІЙ ТРАВМІ

*Шуминський Є.В., Глуценко О.П.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Копчак А.В.*

*Кафедра стоматології*

*Завідувач кафедри стоматології: д.мед.н., проф. Антоненко М.Ю.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Інститут післядипломної освіти*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Лобова кістка має складну анатомічну будову, що зумовлена близькістю важливих анатомічних утворень, таких як головний мозок, орган зору, повітроносні шляхи. Окрім загальновідомих функцій, таких як збільшення голосового резонансу, барорецептивна ізоляційна, вона є місцем прикріплення лицевих м'язів, а також виконує одну найголовнішу функцію – буферну. Щоб ефективно протидіяти силам, що діють на лобову кістку, вона у своєму складі має пазуху. Складність її

форми та анатомічної будови дозволяє ефективно перерозподіляти та розсіювати кінетичну енергію травмуючого агенту.

Переломи лобної кістки супроводжуються у 100% випадків черепно-мозковою травмою різного ступеня тяжкості. У багатьох випадках поєднаних краніо-фаціальних пошкоджень саме переломи лобової кістки та стінок пазухи визначають першочерговість та об'єм надання хірургічної допомоги, що суттєво впливає на прогноз лікування.

**Мета.** Проаналізувати розповсюдженість, визначити основні підходи і принципи лікування ізольованих та поєднаних травматичних переломів лобової кістки та стінок фронтальної пазухи.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводились на основі даних роботи щелепно-лицевої служби Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛШМД) у період з 2012-2018 р. Дані про причину, терміни, важкість травми, зони перелому кісток лицевого та мозкового черепа, об'єм та терміни надання допомоги вносились до створеної бази даних. Після статистичної обробки даних всіх пацієнтів, окремо проводився аналіз для хворих, яким надавалася хірургічна допомога.

**Результати.** За даними роботи щелепно-лицевої служби КМКЛШМД у період з 2012-2018 роки кількість пацієнтів з ізольованими та поєднаними переломами лобової кістки та стінок пазух склала 118 осіб, що складає в середньому 10,4+1,5 % від загальної кількості пацієнтів з травматичними пошкодженнями краніо-фаціальної ділянки. Серед них 91,9% чоловіків та 8,1% жінок. З ізольованими переломами лобової кістки та стінок пазухи на лікуванні перебували 25,5% пацієнтів, а з поєднаними 74,5%. У 16,2% пацієнтів відзначалося пошкодження органа зору, у 46,5% травми поєднувалися з ураженням кісток носа.

Консервативно було проліковано 67,5% хворих. Хірургічне лікування проводили у 32,5% випадків. Згідно рекомендацій міжнародної асоціації остеосинтезу можна виділити 4 основні підходи до лікування: спостереження, відкрита репозиція та фіксація, облітерація та краніалізація. Серед вищевказаних методик хірургічного лікування переважали відкрита репозиція та фіксація 91% краніалізація 5,5% та облітерація 3,5% відповідно. Тактика хірургічного лікування обговорюється у кожному конкретному випадку з врахуванням складності травми та важкості стану пацієнта.

**Висновки.** 1. Переломи лобової кістки та стінок пазухи є досить поширеними 10,4+ 1,5 % від загальної кількості пацієнтів з травматичними пошкодженнями краніо-лицевої ділянки, що у 16,2% поєднується з пошкодженням органа зору, у 46,5% з ураженням ЛОР органів, та у 100% черепно-мозковою травмою різного ступеня тяжкості.

2. Найчастіше використовувані методики хірургічного лікування за даними роботи щелепно-лицевої служби КМКЛШМД є відкрита репозиція та фіксація 91% та краніалізація 5,5%.



## ПОШИРЕНІСТЬ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА КОН'ЮНКТИВИТИ У М. КИЄВІ

*Горбик Н.І.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Баран Т.В.*

*Кафедра офтальмології*

*Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Кон'юнктивіт – це запальний процес слизової оболонки ока. За статистикою кон'юнктивіт складає приблизно 30% випадків серед усієї очної патології (М. А. Silverman, 2018). З кожним роком збільшується загальна кількість пацієнтів хворих на кон'юнктивіт, особливо — алергічний 15-20% (А. Leonardi, 2015).

**Мета.** Проаналізувати поширеність захворюваності на кон'юнктивіт у м. Києві, встановити сезонність переважних звернень.

**Матеріали і методи.** Для реалізації поставленої мети було проведено ретроспективний аналіз захворюваності на кон'юнктивіт серед пацієнтів пункту невідкладної очної допомоги (ПНОД) Олександрівської клінічної лікарні м. Києва за період 2016 — 2018 рр.

**Результати.** У 2016 році було зареєстровано 20771 звернення з приводу очної патології. Серед них кон'юнктивіти — 2205 звернень (10,6%). Кон'юнктивіти бактеріальної та травматичної етіології — 1300, вірусної — 418, алергічної — 487.

У 2017 році загальна кількість звернень — 22800, що на 9,7% більше ніж у 2016 році. Кон'юнктивіти складають 2790 (12,2%). Серед усіх звернень кількість бактеріальних та посттравматичних кон'юнктивітів становила — 1200, що на 7,6% менше ніж у 2016 році. Кількість вірусних та алергічних кон'юнктивітів становила 800 та 790 відповідно.

Отже, кількість звернень з приводу вірусного кон'юнктивіту зросла на 48%. Подібна ситуація спостерігається при аналізі звернень з приводу алергічного кон'юнктивіту. У 2017 році їх кількість була на 39% вищою.

У 2018 р. загальна кількість хворих, що звертались до ПНОД становить 19248. Діагноз «кон'юнктивіт» було встановлено 2642 пацієнтам (13,7%), а клінічні прояви алергічного спостерігались у 803 осіб (30,4%), вірусний спостерігався у 598 хворих (22,6%), інші види у 1241 (47%).

**Висновок.** За статистикою звернень 2016-2018 років спостерігається тенденція до зростання кількості хворих на алергічний кон'юнктивіт.

Відмічається також сезонність збільшення захворюваності у весняно-осінній період.



## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХІРУРГІЧНОМУ ХВОРОМУ НА ГЕМОФІЛІЮ А

*Жихар Є.А.*

*Науковий керівник: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., проф. Маланчук В.О.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*Завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., проф. Маланчук В.О.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** 80% людей з гемофілією в світі отримують мінімальне лікування основної патології або взагалі його не отримують. Невідомо, який відсоток хворих на гемофілію отримують професійну хірургічну і стоматологічну допомогу при першій необхідності. Гемофілія – складність захворювання, ризику і загрози. Гемофілія – мутація гена, яка вплинула на хід історії.

**Мета.** Визачення тактики ведення пацієнта з порушенням зсідання крові, зокрема, з гемофілією «А», тяжкою формою.

**Матеріали та методи.** Обстеження, операція та післяопераційне ведення пацієнта з гемофілією типу «А».

**Результати.** Був складений висновок: хворі із патологіями згортання крові – це «складна» група пацієнтів, яка потребує спеціального доопераційного, інтероопераційного і післяопераційного ведення. Пацієнтам необхідно приймати препарати з дефіцитним компонентом системи згортання крові. Знайдено об'єктивний спосіб гемостазу – надання тиску на раньову поверхню, для компресійного гемостазу з такою силою, яка перевищує артеріальний тиск кровоносних судин даної ділянки. Зберігати давлячу пов'язку слід до тих пір, поки кров'яні згустки не почнуть організовуватися в судинах під створеним тиском (до 10-12 діб).

## СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ РІЗНИХ ВИДІВ ТРАВМАТИЗМУ ЗА СТРУКТУРОЮ, СТУПЕНЕМ ТЯЖКОСТІ І ВІКОВОЮ КАТЕГОРІЄЮ В КИЄВІ ЗА 2015-2017 РОКИ

*Жуковська О.Ф., Циба С.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., доцент Жабосєдов Д.Г.*

*Кафедра офтальмології*

*Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Травми ока є однією з найголовніших причин, що призводять до інвалідності та сліпоти. Зазвичай, травми органу зору трапляються у працездатного

населення віком 30-40 років, що призводить до вагомого соціального впливу, оскільки несприятливі наслідки травматизму ока є основним фактором, що погіршує якість життя пацієнтів.

**Мета.** Провести статистичний аналіз травматизму ока за структурою, ступенем тяжкості і віковою категорією за даними офтальмологічного відділення Олександрівської клінічної лікарні міста Києва.

**Матеріали та методи.** Було проведено статистичний аналіз даних пацієнтів з травмою органу зору, які проходили лікування у офтальмологічному відділенні Олександрівської клінічної лікарні за період 2015-2017 рр. Всього з травмами очей за 3 роки було госпіталізовано: 1219 пацієнтів. З них у 2015 р. - 348 пацієнтів, у 2016 р. - 430 пацієнтів, у 2017р. - 441 пацієнтів. Проаналізовані такі дані: вид, структура, ступінь тяжкості та вікова ознака травм ока.

**Результати.** За структурою травми ока у 2015 - 2017 рр. переважала контузія органу зору - 42,08%, забійні рани повік – 15,26%, проникаючі поранення органу зору - 12,72%, з них - рогівкові поранення - 6,15%, склеральні - 1,72%, рогівково-склеральні поранення - 4,84%; поранення кон'юнктиви 11,24%, поверхневі поранення рогівки зі стороннім тілом - 11,48%, опікові ураження - 7,22%, серед них хімічні - 5,99%, термічні - 1,23%. За видами травми органу зору у 2015 - 2017 рр. переважає ураження через побутові обставини - 69,65% в середньому за 3 роки, кримінальна травма становить - 20,43%, виробнича травма - 4,68%, спортивна травма - 3,03%, травма, внаслідок ДТП - 2,21%. За віком усі пацієнти були поділені на 6 груп: до 20 р. - 1,72%, 21-30 р. - 23,3%, 31-40 р. - 36,18%, 41-50 р. - 17,39%, 51-60 р. - 13,78%, >61 р. - 7,63% від загальної кількості госпіталізованих з травмою ока за 2015-2017 рр. За ступенем тяжкості - легкий ступінь - 38,15%, середній ступінь - 36,67%, тяжкий ступінь - 18,54%, вкрай тяжкий ступінь - 6,64% від загальної кількості госпіталізованих з травмою ока за 2015-2017 рр.

**Висновки.** За результатами проведеного статистичного аналізу даних пацієнтів з травмою органу зору, які проходили лікування у офтальмологічному відділенні Олександрівської клінічної лікарні в період 2015-2017 рр. серед видів ураження переважає побутова травма. За структурою превалює контузія органу зору. За ступенем тяжкості перше місце займають травми легкого ступеня. У віковій категорії травм ока переважає група пацієнтів від 31-40 років.

## БОЙОВІ ПОРАНЕННЯ ОЧЕЙ

*Жупан Д.Б.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Скрипниченко І.Д.*

*Кафедра офтальмології*

*Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** В результаті виконання бойових завдань на території окремих районів Донецької та Луганської областей значно зросла кількість бойових поранень

очей, які стали однією з найчастіших причин інвалідності у військовослужбовців. Тому надання офтальмологічної допомоги на більш ранніх етапах стало важливою метою в розвитку військової медицини.

**Мета.** Провести статистичний аналіз бойових поранень очей.

**Матеріали та методи.** Була проаналізована статистика бойових поранень очей у військовослужбовців, які лікувалися у Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний клінічний військовий госпіталь» у 2016-2018 рр.

**Результати.** За етіологією структура ушкоджень органу зору була наступною: мінно-вибухові поранення склали 48,3%, осколкові - 41,4 %, кульові – 8,6% і тупі травми – 1,7 %. За характером травми: контузії органу зору склали 48,1%, проникаючі поранення - 49,6%, проникаючі поранення з наявністю стороннього тіла - 48,9%. Пошкодження органу зору легкого ступеню були у 36,1 % поранених, середнього ступеню у 47,2%, важкого ступеню тяжкості у 16,7%.

**Висновок.** За отриманими даними серед бойових травм у 2016-2018 рр. у військовослужбовців при виконанні бойових завдань на території окремих районів Донецької та Луганської областей переважали мінно – вибухові та осколкові поранення; як контузії, так і проникаючі поранення; середнього ступеню тяжкості. Такі бойові травми потребують надання високоспеціалізованої офтальмологічної допомоги у якомога найближчий термін аби максимально зберегти зорові функції.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ФІБРОМАТОЗНИХ ПОЛІПІВ ГОРТАНІ.

*Івашина В.О.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Деєва Ю.В.*

*Кафедра оториноларингології*

*Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., проф. Деєва Ю.В.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Доброякісні пухлини гортані включають фіброми, папіломи, гемангіоми, хондроми, кістозні утворення та міксони. Прояви цього виду новоутворень значно погіршують життя пацієнтів, а в деяких випадках є передраковими захворюваннями. За даними літературних джерел, фіброматозний поліп займає одне з перших місць за поширеністю серед доброякісних новоутворень гортані у всьому світі.

**Мета.** На прикладі клінічного випадку виділити основні симптоми, з'ясувати оптимальні методи діагностики та лікування фіброматозного поліпу гортані.

**Матеріали та методи.** Звернення пацієнта зі скаргами на відчуття стороннього тіла в ротовій порожнині після акту раптового блювання, дискомфорт при ковтанні твердої їжі протягом тривалого часу.

Диференційна діагностика захворювання з метою встановлення остаточного діагнозу включала в себе проведення стандартного ЛОР-огляду, неспецифічних

лабораторних методів дослідження (загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові) та фіброгастродуоденоскопію.

Після встановлення попереднього клінічного діагнозу, було прийнято рішення щодо проведення оперативного втручання з подальшим патоморфологічним дослідженням новоутворення.

**Результати.** Орофарингоскопія: обмежений рух язика за рахунок наявності стороннього тіла в порожнині рота. Непряма ларингоскопія: обмежена візуалізація голосової щілини через наявність новоутворення, яке необхідно було продиференціювати з іншими захворюваннями, наприклад, з дивертикулом стравоходу. Оптимальним методом диференційної діагностики було обрано фіброскопію, яка допомогла виключити захворювання стравоходу і встановити попередній діагноз: поліп гортаноглотки.

Хірургічне втручання полягало в проведенні ендоларингоскопічної мікрохірургії з повним видаленням новоутворення, яка, згідно даних літератури, є найбільш оптимальним методом лікування доброякісних пухлин гортані у світі.

За результатами патоморфологічного дослідження встановлено основний діагноз: фіброматозний поліп вестибулярного відділу гортані.

**Висновки.** Фіброматозні поліпи викликають симптоми, які характерні для всіх доброякісних новоутворень гортані. Діагностика фіброматозних поліпів гортані заснована на результатах непрямой ларингоскопії, доповненої фіброгастроскопією та за необхідністю комп'ютерною томографією. Оптимальним методом лікування даного захворювання є ендоларингоскопічна мікрохірургія, яка, при правильному виконанні, повністю відновлює функцію гортані та забезпечує відсутність рецидивів.

## ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРУ У ХІРУРГІЇ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

*Ілленко О.О., Мірошніченко А.О.*

*Науковий керівник: к.мед.н., асистент Лисенко О.С.*

*Кафедра стоматології*

*Завідувач кафедри стоматології: д.мед.н., проф. Антоненко М.Ю.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Інститут післядипломної освіти*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Для хірургічного лікування хворих на доброякісні новоутворення слизових оболонок використовують широкий арсенал заходів. Серед яких, поряд з класичним хірургічним втручанням, можна виділити і застосування хірургічно спрямованих апаратних методів, дія яких обумовлена фізичними чинниками: кріодеструкція, діатермокоагуляція, ультрахвильова дезінтеграція, лазерна сублімація тощо. У сучасній медицині вважається доцільним застосування різноманітних лазерів. Через їх широку біологічну дію від дозованого

високоенергетичного ушкодження до дії на тканини імпульсним або безперервним випромінюванням з невеликою енергією, що забезпечує біостимулювальний ефект - посилює енергетичний обмін в клітинах, спонукає їх поділ, прискорює регенерацію сполучної та епітеліальної тканин, стимулює імунну систему. Саме випромінювання високої потужності, використовують в хірургії як скальпель. Такий лазерний промінь, направлений за допомогою гнучкого світловода, розтинає тканини, забезпечуючи абластичний і гемостатичний вплив, зменшує тривалість втручання. За рахунок пониження больового синдрому і швидшого загоєння лазерних ран перебіг післяопераційного періоду суттєво покращується.

**Мета дослідження.** Оцінка ефективності використання дозованого високоенергетичного діодного лазера в порівнянні з класичною методикою при хірургічному лікуванні хворих на доброякісні новоутворення слизової оболонки ротової порожнини.

**Матеріали і методи.** У Стоматологічному медичному центрі НМУ імені О.О. Богомольця 24 пацієнтам (16 жінок і 9 чоловіків, віком в межах  $47,3 \pm 2,7$  років) проведено хірургічне лікування з метою видалення доброякісних новоутворень слизової оболонки ротової порожнини та ясен (до 1-1,5 см у діаметрі) під місцевою анестезією з подальшою гістологічною верифікацією (ексцизійна біопсія). Пацієнтів порівно розділено на 2 клінічні групи. У основній групі втручання проведено з використанням напівпровідникового лазера «FonaLaser» (Німеччина) з кількома режимами регуляції потужності (від 2 до 7 Вт, у залежності від масиву тканин), інтенсивності променя (20  $\mu$ s), тривалості і частоти імпульсу (20 кГц) та довжиною випромінювання ( $970 \pm 15$  нм). У контрольній групі пацієнти оперовані за класичною методикою, з подальшим ушиванням рани. Післяопераційне ведення здійснювалось за стандартною схемою в обох групах. У післяопераційному періоді визначали у балах вираженість больового компонента і ступінь дискомфорту у пацієнтів згідно розроблених опитувальних листів. Клінічно оцінювали ступінь набряку, гіперемії тканин, якість і тип загоєння післяопераційної рани. Отримані результати оцінювали за допомогою статистичних обчислень.

**Результати.** Серед нозологічних форм виявлено, зокрема: папіломи (17% випадків), фібропапіломи (34%) піогенна гранульома (3%) слизової оболонки; ангіоматозний і фіброзний епулід (23%) та фіброматоз ясен (12%), ретенційні кісти малих слинних залоз (11%). За рахунок повноцінного гемостазу, покращувалась візуалізація операційного поля, що зменшувало тривалість оперативного втручання в цілому. У ранньому післяопераційному періоді визначено, що у основній групі порівняно із контрольною вірогідно ( $p < 0,05$ ) зменшувались больові відчуття та дискомфорт у ділянці рани (відповідно на  $2,1 \pm 0,2$  і  $1,8 \pm 0,7$  балів). Ступінь набряку і гіперемії тканин був суттєво нижчий у випадку застосування напівпровідникового лазера. При спостереженні від 7 до 14 доби у контрольній групі залишалось необхідним зняття швів але загоєння ран відбувалось переважно первинним натягом. У основній групі – визначено суттєву тенденцію до загоєння вторинним натягом, відмічена ясна проліферація молодшої грануляційної тканини. Проте через 14 діб якість загоєння ран у основній групі було вищим – у всіх випадках епітелізація рани була завершена. У контрольній групі, навіть, у ці терміни спостерігалось розходження

країв рани, незавершена епітелізація. У цілому в основній групі повна епітелізація та загоєння ран відбувалось на 3-5 днів швидше ніж у контрольній. Визначено переваги в інтраопераційному періоді.

**Висновки.** Застосування дозованого напівпровідникового діодного лазерного опромінення в хірургії доброякісних новоутворень слизової оболонки порожнини рота вірогідно зменшує ( $p < 0,05$ ) больові відчуття та дискомфорт для пацієнтів, призводить до зменшення набряку, стимулює загоєння післяопераційних ран у середньому на  $4,0 \pm 1,0$  день і веде до редукції тривалості оперативного втручання порівняно з традиційною методикою ексцизійної біопсії. При цьому не призводить до ушкодження біоптату, що не ускладнює подальшу гістологічну верифікацію новоутворень. Поряд з високою ефективністю, застосування лазера має усі необхідні характеристики для покращення якості клінічного ведення пацієнтів. Та може бути рекомендований як метод вибору при лікуванні такої патології.

## МЕЙБОГРАФІЯ ЯК МЕТОД ВИЯВЛЕННЯ ПАТОЛОГІЇ МЕЙБОМІЄВИХ ЗАЛОЗ У ПЕРМАНЕНТНИХ НОСІЇВ КОНТАКТНИХ ЛІНЗ

*Ковальська А.В., Завальна Я.В.*

*Науковий керівник: ас. Саксонов С.Г., Тесленко О.С.*

*Кафедра офтальмології*

*Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Мейбомієві залози відіграють значну роль у формуванні слізної плівки. При порушенні їх функціонування, зокрема, у носіїв м'яких контактних лінз, порушується гомеостаз слюзи, що в подальшому приводить до виникнення хвороби сухого ока. Мейбографія - це сучасний неінвазивний метод виявлення патології мейбомієвих залоз на ранніх етапах, так як стан залоз неможливо повноцінно оцінити під час біомікроскопії.

**Мета.** Виявити патологію мейбомієвих залоз у перманентних носіїв м'яких контактних лінз.

**Матеріали та методи.** Обстежено 30 пацієнтів (60 очей) – 15 чоловіків та 15 жінок віком 18-35 років. Всім пацієнтам проведена інтерферометрія, вимірювання висоти слізного меніску, мейбографія на приладі «SBM Ocular Surface Analyser (OSA)» та визначено індекс OSDI. Всі пацієнти використовували м'які контактні лінзи терміном 5 років і більше та скаржилися на сухість очей. Оцінка результатів проводилася через 14, 30 та 60 днів після закінчення лікування.

**Результати.** У всіх 30 пацієнтів виявлені ознаки дисфункції мейбомієвих залоз та ділянки деградації залоз, що є характерним для носіїв контактних лінз. Пацієнтам надані рекомендації по лікуванню дисфункції мейбомієвих залоз. Через 14, 30 та 60 днів після закінчення лікування у всіх 30 пацієнтів відмічалось значне покращення



функціонального стану мейбомієвих залоз за даними інтерферометрії та мейбографії. У 100 % пацієнтів зменшилися симптоми сухого ока.

**Висновок.** Мейбографія є неінвазивним, сучасним та ефективним методом дослідження мейбомієвих залоз. Вона дозволяє на ранніх етапах виявити дисфункцію мейбомієвих залоз та своєчасно попередити їх деградацію. Необхідно провести більш детальне дослідження даної патології та проаналізувати віддалені результати.

## ОЦІНКА ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ ТА ВПЛИВУ ГОЛОСОВИХ РОЗЛАДІВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ОСІБ ГОЛОСОМОВНИХ ПРОФЕСІЙ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ФАРИНГІТ

*Кришталь В.М.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Сінайко І.О.*

*Кафедра оториноларингології*

*Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., проф. Троян В.І.*

*Запорізький державний медичний університет*

*м. Запоріжжя, Україна*

**Актуальність.** Запальний процес в області слизової оболонки глотки, що виникає при хронічному фарингіті (ХФ) порушує нормальне функціонування рецепторних елементів n.trigeminus (V), n.glossopharyngeus (IX) і n.vagus (X), внаслідок чого виникають зміни як в тембрі, так і в нормальному режимі вібрації голосових складок по відношенню до її частоти. Тому хворі скаржаться на періодичну захриплість, біль, першіння та відчуття "клубка" в горлі, напруження при фонації.

**Мета.** 1) Дати оцінку стану голосової функції у хворих на ХФ; 2) визначити вплив голосових проблем на якість життя пацієнта за допомогою опитувальника Voice Handicap Index(VHI).

**Матеріали і методи.** Обстежено 22 пацієнта, осіб голосомовних професій з різними формами ХФ і порушеннями голосової функції (20 жінок і 2 чоловіків). Вік пацієнтів варіював від 19 до 54 років, середній вік  $-33,86 \pm 10,16$  роки. Кількість пацієнтів з катаральним фарингітом склала 12(54,54%) осіб, з гіпертрофічним – 7(31,81%), атрофічним – 3(13,63%).

**Результати.** При проведенні спеціалізованого фоніатричного огляду з використанням функціональних навантажень виявили у всіх пацієнтів дисфонію різного ступеня тяжкості. Максимальний час фонації був знижений: у чоловіків від 15 до 16с ( $15,5 \pm 0,7$ ), у жінок від 8 до 12( $10 \pm 1,45$ ).

При перцептивній оцінці голосу за шкалою GRBAS ми визначили, що показник сили голосу G I ступеня(легкого) спостерігався у 4(18,18%) пацієнтів, II ступеня(середнього) – у 15(68,18%), III ступеня(тяжкий) – у 3(13,64%). Показник грубості R: 0 – у 4(18,18%), I ступеня – у 17(77,27%), III ступеня – у 1(4,55%). Показник придишу B: I – у 18(81,82%), II – у 4(18,18%). Показник слабкості, астеничності A: I – у 17(77,27%), II – у 5(22,83%). Показник здавленості, напруження S: I – у 4 (18,18%), II – у 15(68,18%), III – у 3(13,64%) пацієнтів.



Згідно результатам опитувальника VHI кількість пацієнтів з легким ступенем – 3(13,64%), з середнім – 18(81,82%); важким – 1(4,54%); функціональний (F–functional) показник склав  $12,95 \pm 3,04$  балів; фізичний (P–physical)  $21,73 \pm 4,11$  балів; емоційний (E–emotional)  $3,72 \pm 0,73$  балів. Середня сумарна кількість складала  $38,4 \pm 7,59$  балів.

**Висновки.** У хворих на ХФ спостерігалися голосові розлади з найбільш вираженими змінами в показниках сили голосу G і здавленості S. Згідно результатам опитувальника VHI найбільш виражений фізичний (P – physical) показник, сумарна кількість балів відповідає помірному ступеню тяжкості, що вказує на істотний вплив голосових порушень на якість життя осіб голосомовних професій хворих на ХФ.

## ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ НОСОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ УРАЖЕННІ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПАЗУХИ МІЦЕТОМОЮ

*Начеса Я.С.*

*Науковий керівник: к.мед.н., асистент Криничко Л.Р.*

*Кафедра оториноларингології*

*Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., проф. Дєєва Ю.В.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Питання діагностики міцетоми верхньощелепної пазухи, незважаючи на сучасний розвиток лабораторних і інструментальних методів дослідження, залишається відкритим, через нечіткість клінічної картини, її подібності до хронічного риносинуситу, або взагалі відсутності симптомів. Іноді вона виявляється випадково, при проведенні рентгенологічного дослідження з приводу неоториноларингологічної патології. Найчастішою причиною виникнення міцетоми є потрапляння пломбувального матеріалу в приносому пазуху під час виконання стоматологічних процедур. Своєчасна діагностика і лікування цієї патології попереджує виникнення ускладнень і покращує якість життя хворих.

**Мета.** Визначити та порівняти вміст мікроелементів у слизовій оболонці носової порожнини при міцетомі та хронічному гіпертрофічному риніті.

**Матеріали та методи.** Було проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 70 пацієнтів, які знаходилися на лікуванні в ОКЛ м.Києва та МЦ «ЛІКО-МЕД» 30 з яких мали міцетому, 40 - хронічний гіпертрофічний риніт, за період 2016-2018 рр. Усім пацієнтам проведено класичне оториноларингологічне обстеження, КТ приносних пазух, відеоендоскопічне обстеження носової порожнини, атомно-абсорбційну спектрометрію. Вміст мікроелементів визначався останнім із наведених методів. Дана методика дозволяє оцінити якісний та кількісний склад досліджуваного матеріалу та базується на розкладанні біоматеріалу під дією високої температури та дослідженні шляхом порівняння спектру випромінювання при спалюванні у повітряно-ацетиленовому полум'ї з випромінюванням еталонної лампи.

**Результати.** За даними аналізу вмісту мікроелементів в 30 пацієнтів з міцетою та 40 з хронічним гіпертрофічним ринітом було виявлено, що при міцетомі середній вміст Zn – 97.73%, Fe – 0.79%, Ni – 0.48% Br – 0.42%, Pb – 0.35%, Cr – 0.23%. При хронічному гіпертрофічному риніті: Fe – 34.72%, Br – 23.67 %, Zn – 20.05%, Ni – 10.32% Cr – 4.74%, Rb – 3.62%, Pb – 2.88%

**Висновки.** Міцетома верхньощелепної пазухи залишається актуальним питанням на межі двох спеціальностей – оториноларингології та стоматології. Визначення вмісту мікроелементів показує, що при міцетомі, на відміну від хронічного риніту в слизовій оболонці носа зростає вміст цинку - 97,7% від загальної кількості всіх мікроелементів. В той час як при хронічному риніті найбільша частка заліза -34,72%, а цинку лише 20,05%.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ОРТОКЕРАТОЛОГІЧНИХ ЛІНЗ «PARAGON» В ЛІКУВАННІ КОРОТКОЗОРОСТІ СЛАБКОГО СТУПЕНЯ У ДІТЕЙ

*Невмержицька А.М.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Добриця Я.В.*

*Кафедра офтальмології*

*Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Бездітко П.А.*

*Харківський національний медичний університет*

*м. Харків, Україна*

**Актуальність.** Міопія поширюється з великою швидкістю: порівняльні дослідження продемонстрували збільшення кількості випадків міопії з 1971 по 2004 в США на 66%. У деяких регіонах Китаю і Тайваню за той же час міопія почастишала на 90%. У Кореї практично 96% школярів носять окуляри. ВООЗ розглядає міопію серед дітей як пандемію.

Сьогодні діти проводять менше часу на вулиці, особливо в країнах, де комп'ютери, смартфони, телевізори більш доступні. Серед учнів молодших класів міопія реєструється в 6-8% випадків, збільшуючись до моменту закінчення школи до 25-30%. У гімназіях і ліцеях, де навантаження на дітей і їх очі вище, цей показник досягає 50%. Прогнози світової статистики свідчать про те, що до 2050 року 50% населення буде короткозорим, 10% будуть мати високу ступінь короткозорості, і близько мільярда людей - повністю осліпнуть.

Ефективних способів профілактики міопії, на жаль, не існує. Найефективнішими можна вважати: ортокератологію (нічні лінзи, в яких дитина спить і знімає на день); мультифокальні контактні лінзи (носяться вдень і знімаються на ніч); очні краплі атропін слабкої концентрації на ніч.

Для стабілізації короткозорості ми застосовуємо ортокератологію, яка дає високі шанси зупинити прогресію хвороби. Лінзи «Paragon» мають спеціальну форму внутрішньої поверхні. При одяганні на око така лінза перерозподіляє сльозу, створюючи мікрокапілярні сили, які м'яко і дозовано впливають на поверхневі клітини

рогівки. За кілька годин, поки ви спите, поверхня рогівки незначно змінює свій профіль на точно задану величину. Процес зміни поверхні рогівки тимчасовий, оскільки епітелій весь час оновлюється, тому і ефект терапії рефракції зберігається від 24 до 48 годин. Постійне використання нічних лінз дозволяє підтримувати ефект корекції короткозорості. Використання нічних лінз у дітей дозволяє вирішити два завдання одночасно: оптичну - корекцію зору до 100% і лікувальну - стабілізувати рефракцію і зупинити прогресування короткозорості (до 40% випадків), а також зняти спазм акомодатії і розвинути резерви акомодатії.

**Матеріали і методи.** Під нашим спостереженням протягом 1 року знаходилися 11 дітей віком від 9 до 13 років (7 дівчат, 4 хлопців). Серед методів обстеження застосовували: візіометрію, скіаскопію, ауторефрактометрію, УЗД (В – сканування), визначення резервів акомодатії.

**Результати.** У всіх дітей була знижена вихідна гострота зору. Середня гострота зору (СГЗ) була  $0,5 \pm 0,056$ . Резерви акомодатії становили в середньому 1,0-1,5 D (при нормі 5-8 D). Рефракція - короткозорість слабого ступеня від -0,5 D до -2,0 D. Передньо-задня вісь (ПЗВ) у середньому становила  $23,2 \pm 0,5$  мм.

При застосуванні лінз «Paragon». У всіх дітей підвищилась гострота зору, СГЗ становила  $1,0 \pm 0,03$ . Резерви акомодатії становили в середньому 4,5-6 D. Рефракція залишилася сталою - міопія слабого ступеня. ПЗВ суттєво не змінилося і становило 23,3 мм.

**Висновок.** 1) Результати нашого дослідження демонструють, що застосування лінз «Paragon» підвищує гостроту зору в середньому з  $0,5 \pm 0,05$  до  $1,0 \pm 0,03$ , резерви акомодатії в середньому з 1,0-1,5 D до 4,5-6 D, стабілізують ріст ПЗО протягом перебігу дослідження. 2) Лінзи «Paragon» покращують якість життя, коригують зір та пригнічують швидке прогресування короткозорості.

## ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЖИТТЄЗДАТНОСТІ ЛЕЙКОЦИТІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ З ПОЛІПОЗНОЮ І ГНІЙНОЮ ФОРМАМИ ХРОНІЧНИХ РИНОСИНУСИТІВ

*Онщенко А.І., Ткаченко А.С.*

*Кафедра біохімії, кафедра оториноларингології*

*Завідувач кафедри оториноларингології: к.мед.н., доц. Яценко М.І.*

*Завідувач кафедри біохімії; д.мед.н., професор Наконечна О.А.*

*Харківський національний медичний університет*

*м. Харків, Україна*

**Актуальність.** Хронічний риносинусит визначається як запалення синопнального тракту, що протікає більш ніж 12 тижнів. Виділяють дві основні форми захворювання: гнійну (ХГР) і поліпозну (ХПР). В даний час єдина теорія патогенезу риносинуситів не розроблена.

**Мета.** Метою роботи була порівняльна оцінка кількості життєздатних лейкоцитів у пацієнтів з ХПР і ХГР в стадії загострення.

**Матеріали та методи.** У ході роботи було обстежено 12 хворих із загостренням ХГР і 10 пацієнтів з ХПР. Групу контролю сформували 10 відносно здорових людей з викривленням носової перетинки. Оцінка життєздатності лейкоцитів периферичної крові здійснювалася методом проточної цитометрії з використанням цитометра «FACS Calibur» («BD», США). До 50 мкл крові додавали 5 мкл FITC-міченого анексина V, 10 мкл 7-аміноактиноміцина D (7-AAD) і 10 мкл PE-мічених антитіл до CD45, («BD Pharmingen», США). Інкубували 15 хвилин при кімнатній температурі з наступним додаванням анексинзв'язуючого буфера. Результати оцінювали за допомогою програми «CELLQuest Pro».

**Результати.** Встановлено, що вміст життєздатних анексин V-негативних / 7-AAD-негативних лейкоцитів в крові пацієнтів з ХПР на 2,6% нижче у порівнянні з контролем ( $p < 0,05$ ). Загострення гнійної форми захворювання призводило до ще більш вираженого зниження відсотка життєздатних анексин V-негативних / 7-AAD-негативних лейкоцитів (на 11,1%,  $p < 0,0001$ ). При цьому різниця між кількістю життєздатних лейкоцитів при ХГР і ХПР була також статистично достовірною ( $p < 0,0001$ ).

**Висновки.** Як ХГР в стадії загострення, так і ХПР супроводжуються статистично достовірним зниженням кількості анексин V-негативних / 7-AAD-негативних життєздатних лейкоцитів периферичної крові. Однак при ХГР їх відсоток нижче, ніж при ХПР.

## РАННІ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ГЕМІСИНУСИТУ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Павленко Р.О., Москалець І.О.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скрипниченко І.Д.*

*Кафедра офтальмології*

*Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., проф. Вітовська О.П.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** В залежності від параметрів дослідження поширеність риносинуситу складає 10-15% в світі. При цьому ускладнення з боку органу зору становлять 60-75% від загальної кількості і призводять до звернення пацієнтів саме до офтальмолога як первинної ланки діагностики (Fatma H. Al Anazy, Surayie H. Al Dousary, 2012). Затримка в своєчасній діагностиці і, відповідно, лікуванні, призводить до зниження гостроти зору, сліпоти та позаорбітальних ускладнень (епі- або субдуральний абсцес, абсцес головного мозку, менінгіт, енцефаліт, тромбоз верхнього сагітального та печеристого синусів).

**Мета.** Проаналізувати клінічний випадок ускладненого гострого гнійного гемісинуситу.

**Матеріали та методи.** Досліджено ускладнення та прояви гострого гнійного гемісинуситу на клінічному прикладі. Пацієнт Р., 44 років, звернувся до лікаря-

офтальмолога зі скаргами на почервоніння та набряк повік зліва, головний біль зліва, підвищення температури тіла, нежить, загальну слабкість, нездужання. Захворів раптово, за 2 дні до звернення з'явився головний біль, нездужання, підвищення артеріального тиску, почастишав пульс. Приймав каптопрес та еналаприл, стан хворого не покращився. Наступного дня головний біль локалізувався переважно зліва, з'явилися закладеність носа, нежить, загальна слабкість, температура тіла підвищилася до 38,9°C. Ввечері хворий помітив набряк та почервоніння повік зліва.

**Результати.** При огляді: температура тіла 38,6 °С, головний біль переважно зліва, гнійні виділення з носа. Гострота зору лівого ока 1,0. Об'єктивно: OS – очне яблуко спокійне, оптичні середовища прозорі, очне дно в межах норми. Очна щілина звужена, верхня повіка набрякла, гіперемована, холодна на дотик, при пальпації безболісна, м'яка, не напружена, кон'юнктива повіки помірно гіперемована та набрякла. Рентгенографія придаткових пазух носа: тотально затемнена ліва гайморова, решітчаста пазухи. Горизонтальний рівень рідини в лівій фронтальній пазусі. Хворий консультований отоларингологом, встановлено діагноз: гострий гнійний лівобічний гемісинусит. Реактивний набряк верхньої повіки зліва. Пацієнт госпіталізований в чергове оториноларингологічне відділення.

**Висновки.** Орбітальні ускладнення синуситу потребують ранньої діагностики. Своєчасне лікування попереджує розвиток функціональних розладів. Настороженість офтальмолога з приводу цього захворювання веде до зменшення числа позаорбітальних ускладнень.

## ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ АУТОЛОГІЧНИХ КІСТКОВИХ ТРАНСПЛАНТАТІВ ТА КСЕНОГЕННИХ КІСТКОВО-ЗАМІЩУЮЧИХ МАТЕРІАЛІВ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ КІСТОК ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ПЛАЗМИ ЗБАГАЧЕНОЇ ФАКТОРАМИ РОСТУ

*Рибак В.А., Павличук Т.О.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Копчак А.В.*

*Кафедра стоматології*

*Завідувач кафедри стоматології: д.мед.н., проф. Антоненко М.Ю.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Інститут післядипломної освіти*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Основними видами кісткових трансплантатів (КТ), що застосовують у пацієнтів з дефектами щелеп є аутологічні трансплантати (АТ), аллотрансплантати та ксеногенні кістково-заміщуючі матеріали (ККЗМ).

**Мета.** Метою дослідження було вивчити особливості репаративної регенерації, резорбції та ремоделювання ксеногенних та аутологічних КТ, які застосовували самостійно або у поєднанні з плазмою збагаченою факторами росту, у пацієнтів із дефектами кісток лицевого черепа.

Матеріалом дослідження було 90 хворих. Пацієнтів було розділено на 3 рандомізовані групи. В першій групі для заміщення дефектів застосовували ККЗМ, в



другій - АТ отримані з гребеня клубової кістки, в третій - АТ в поєднанні із плазмою збагаченою факторами росту PRGF Endoret, BTI. Стан пацієнтів оцінювали клінічно та рентгенологічно, в ранньому (до 1 місяця) та віддаленому (більше 6 місяців) післяопераційному періодах. Визначали об'єм пересаджених КТ, його зміни в післяопераційному періоді, а також динаміку рентгенологічної щільності кістки. Статистичні розрахунки проводили в програмному середовищі SPSS Statistics (IBM SPSS, США).

**Результати.** Встановлено, що в процесі репаративної регенерації та перебудови КТ частково втрачали свій об'єм при чому швидкість і виразність післяопераційної резорбції характеризувалася значною варіативністю. ККЗМ була притаманна більша волюметрична стабільність порівняно із АТ (в середньому  $19,9 \pm 8,1\%$  проти  $45,6 \pm 21,84\%$ ), водночас АТ забезпечували кращу інтеграцію та якість кісткової тканини, що утворювалась. В процесі ремоделювання в губчастому шарі АТ відбувались виразні зміни пов'язані із збільшенням рентгенологічної щільності кістки. Співвідношення D4 до D3 зменшувалось в середньому до  $1,79 \pm 1,12$  (після операції операції  $5,3 \pm 5$ ). Таким чином, трансплантат на тлі зменшення об'єму зазнавав якісної структурної трансформації, набуваючи кращих фізико-механічних властивостей. Натомість, внаслідок перебудови ККЗМ на ділянці дефекту утворювались складні тканинні комплекси, які містили ділянки кістки із різною структурою і мінеральною насиченістю, порожноти, зони розростання сполучної тканини та залишки матеріалу, що зазнавали структурної деградації. Застосування PRGF у поєднанні із АТ, дозволяло вірогідно прискорити регенерацію м'яких тканин та зменшити час епітелізації рани, післяопераційного набряку та больового синдрому, але вірогідно не впливало на післяопераційну резорбцію та ремоделювання КТ.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про можливість диференційованого підходу у виборі методу кісткової пластики, враховуючи отримані дані про переваги і недоліки кожного із запропонованих методів.

## ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ОПЕРАЦІЇ ПО РЕЗЕКЦІЇ ВЕРХІВКИ КОРЕНЯ З ОДНОЧАСНИМ ЙОГО ПРОТЕЗУВАННЯМ АПІКАЛЬНОЮ ВКЛАДКОЮ

*Петров Б.О., Горова М.В.*

*Науковий керівник: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., проф.  
Маланчук В.О.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*Завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії: член-  
кореспондент НАМН України, д.мед.н., проф. Маланчук В.О.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Операція резекції кореня зуба з одночасним його протезуванням апікальною вкладкою є маловідомою альтернативою резекції верхівки кореня, при якій зуб втрачає довжину і, відповідно, фіксацію у лунці після оперативного



втручання. Представлений метод дозволяє зберігати довжину і опорну функцію зубів, тому його можна активно використовувати при серединних та верхівкових переломах зі значним зміщенням фрагментів уламків чи з резорбцією кореня на 2/3 його довжини.

**Мета.** Ознайомити наукову спільноту з методикою операції та результатами спостереження за пацієнтом, якому була встановлена титанова апікальна вкладка у 1989 році.

Викладення основного матеріалу. Кореневий штафт – ортопедична конструкція, що використовується для відновлення апікальної частини кореня зуба, зруйнованої внаслідок травми чи хронічного періодонтиту. Встановлюється під час операції резекції верхівок коренів зубів ретроградно. Завдяки конструкції можна зберегти і використати корені зубів зі втраченою верхівкою як опору для зубних протезів.

Методика застосування кореневого штафта була запатентована у 1989 р. авторами Маланчуком В.О., Неспрядком В.П. та Грибаном О.М. Вона полягає в тому, що проводиться ендодонтичне лікування травмованого зуба з подальшою операцією резекції верхівки кореня. Пришлифовується культя кореня, і на неї встановлюється апікальна титанова вкладка. Після цього з вестибулярної частини зуба вводиться внутрішньокоронковий штафт, що фіксується цементом. Операційна рана ушивається. Проводять шинування зуба на 8-12 тижнів. Хворому назначається післяопераційна медикаментозна терапія.

У 1989 р. пацієнту С. 1951 р.н. було проведено операцію кістектомію з резекцією верхівок 11, 12 зубів з подальшим встановленням кореневого штафта з титановою вкладкою.

У вересні 2018 р. пацієнт С. 1951 р.н. повторно звернувся на кафедру хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії зі скаргами на естетичний недолік, біль в яснах в ділянці зуба 11, неприємний запах з рота, що з'явилися 3 місяці тому. Після обстеження, проведення рентгенографії визначено травматичний злам середньої третини кореня 11 зуба. Коронка, великий фрагмент кореня та штафт були видалені разом, окремо від малого фрагмента. Проведено кюретаж лунки, рану зашито поліамідом.

Після постановки діагнозу було вирішено видалити зуб 11 з апікальною конструкцією.

Рельєф кореневого штафта збережений, відсутня резорбція, з'єднання конструкції з коренем зуба міцне, що свідчить про ефективність проведеного 29 років тому лікування. Проаналізувавши можливі причини зламу кореня зуба, припускаємо такі: невірне препарування апікальної частини кореня, надмірне навантаження на 11 зуб, порушення герметичності на межі корінь-штафт, захворювання тканин пародонту.

За рахунок збереження функціонального навантаження на пародонт за допомогою протезування, стан оточуючих тканин залишився сприятливим для подальшого протезування, ймовірно, дентальним імплантатом.

**Висновки.** Дані досліджень та 30-річного спостереження за хворим С. дозволяють припускати, що спосіб протезування верхівкової частини кореня зуба апікальною титановою вкладкою дає змогу зберегти функціональне навантаження та

біомеханіку зубів з переломами кореня у верхівковій і середній третині, при стійких зміщеннях фрагментів і резорбції 2/3 кореня.

## ВЗАЄМОДІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОГО ХІРУРГА І ЛОР-ЛІКАРЯ ПРИ ВТРУЧАННІ В ПРИВУШНО-ЖУВАЛЬНІЙ ТА ЗАЩЕЛЕПНІЙ ДІЛЯНКАХ

*Примак І.О.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Яковенко Л.М.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку*

*Завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*дитячого віку: д.мед.н., проф. Яковенко Л.М.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Особливості будови привушно-жувальної та защелепної ділянок, а також часта локалізація в цих ділянках вроджених і набутих захворювань обумовлюють необхідність спільної роботи щелепно-лицевого хірурга (ЩЛХ) і ЛОР-лікаря.

**Мета.** Визначити особливості взаємодії ЩЛХ і ЛОР-лікаря при втручанні в привушно-жувальній та защелепній ділянках.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз історій хвороб 3-х дітей, які проходили лікування на клінічній базі Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ ім. О.О. Богомольця.

**Результати.** Два пацієнта надійшли з діагнозом «преаурикулярна норичя». З анамнезу встановлено, що спочатку дітей лікували з приводу гострого гнійного лімфаденіту і двічі проводили розтин абсцесів з дрениванням (від 1 до 2 міс.) і кілька курсів антибактеріальної і протизапальної терапії. Також відомо, що одному з дітей у віці 6 міс. був встановлений діагноз синдром Гольденхара.

За результатами МРТ-досліджень, проведених в клініці, у обох дітей встановлено, що норичеві ходи вели до кістозних порожнин з однорідним вмістом, також виявлені фіброзно-рубцеві зміни м'яких тканин защелепної і привушно-жувальної ділянок.

У дитини з синдромом Гольденхара через вроджену аномалію визначалося зміщення анатомічних ЛОР-структур, при цьому ризик пошкодження n. facialis або перфорації барабанної перетинки були мінімальними, тому участь ЛОР-лікаря не була потрібна.

В іншому випадку норичевий хід вів до дермоїдної кісти, яка в глибині прилягала до місця виходу n. facialis і близько межувала з барабанною перетинкою. Після операції відзначався парез м'язів і ЛОР-лікарем встановлена травма барабанної перетинки без її перфорації.

Третя дитина знаходилася на лікуванні з діагнозом «Вторинний деформуючий остеоартроз правого скронево-нижньощелепного суглоба. Рубцева деформація правої виличної і скроневої ділянок». З анамнезу встановлено, що рубцева контрактура

виникла в результаті комбінованого лікування пухлини правої крило-піднебінної ямки.

У клініці дитині була проведена артропластика правого СНЩС і усунена рубцева контрактура. Після огляду ЛОР-лікарем і проведення отоскопії, була видалена холестеатома через 3 міс. після операції

**Висновки.** Частота локалізації вроджених і набутих захворювань в привушно-жувальній та защелепній ділянках та їх анатомо-топографічні особливості передбачають обов'язкову взаємодію щелепно-лицевого хірурга і ЛОР-лікаря.

## ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НОСОВОГО ДИХАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ДО ТА ПІСЛЯ СЕПТОПЛАСТИКИ

*Размук П.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Дєєва Ю.В.*

*Кафедра оториноларингології*

*Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., проф. Дєєва Ю.В.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Викривлення носової переділочки є однією з основних причин порушення носового дихання.

Під час септопластики проводиться корекція архітекτονіки порожнини носа, видаляються елементи носової переділочки, що становлять перешкоду для проходження повітря.

Метод риноманометрії дозволяє ефективно вивчати функціональні показники до та після оперативного втручання.

**Мета.** Порівняти показники риноманометрії до та після проведення септопластики.

**Матеріали та методи.** У дослідженні брали участь 20 пацієнтів. Оцінка дихання проводилася за допомогою риноманометрії у два періоди: передопераційний та післяопераційний (6 місяців після оперативного втручання).

**Результати.** До проведення септопластики середні показники максимальної швидкості потоку повітря становили: - 445 ml/sec на вдосі та 410 ml/sec на видосі. Після оперативного втручання показники збільшилися: - 722 ml/sec на вдосі та 698 ml/sec на видосі.

**Висновки.** Проведення септопластики сприяє підвищенню якості носового дихання, що підтверджують дані риноманометрії.

## ОРБИТАЛЬНА ДЕКОМПРЕСІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЕНДОКРИННОЇ ОРБИТОПАТІЇ

*Черенько М.С., Чепурний Ю.В., Петренко О.В., Романова А.Ю., Яровенко М.В.,  
Булавінцева Л.О.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Копчак А.В.*

*Кафедра стоматології*

*Завідувач кафедри стоматології: д.мед.н., проф. Антоненко М.Ю.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Інститут післядипломної освіти*

*м. Київ, Україна*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Хвороба Грейвса (ХГ) - це аутоімунне захворювання щитовидної залози, яке було вперше описано Грейвсом у 1835 році. ХГ має високу поширеність (0,5-2%), при цьому переважно хворіють жінки (2:1). ХГ може проявлятися в будь-якому віці, але частіше спостерігається у осіб віком від 30 до 60 років. Орбітопатія Грейвса (ОГ) є важливим та найбільш поширеним екстра тироїдальним симптомом ГД, що призводить до запалення периорбітальних тканин, набряку жирової тканини і м'язів, та збільшення інтраорбітального об'єму. В результаті чого у пацієнтів розвивається екзофтальм і дислокація повік. У довгостроковій перспективі це призводить до міопатії через збільшення м'язів та фіброз, з постійною диплопією.

З того часу як Доллінджер в 1911 році вперше описав методику хірургічної декомпресії орбіти у пацієнтів з ОГ, було розроблено багато нових методів. Одно-, дво- та трьохстінкові декомпресії широко застосовуються сьогодні, з або без видалення орбітального жиру відповідно до індивідуальних проявів захворювання у пацієнта. Хірургічна декомпресія орбіт на стабільній фазі ОГ також рекомендується з морфоестетичних та функціональних причин для поліпшення якості життя хворих.

**Мета.** Метою роботи було оцінити можливості кісткової декомпресії орбіт із використанням CAD/CAM технології в комплексному лікуванні пацієнтів з ендокринною орбітопатією.

**Матеріали та методи.** На основі отриманих даних комп'ютерних томографій 30 пацієнтів було проведено визначення зон безпеки для остеотомії нижньої, медіальної та латеральної стінок орбіт. Десяти пацієнтам з ендокринною орбітопатією на основі отриманих даних проводили віртуальну симуляцію операції декомпресії орбіт, створювали навігаційні хірургічні шаблони. Всі пацієнти спостерігалися у ендокринолога, офтальмолога та щелепно-лицевого хірурга в доопераційному та післяопераційному періоді. Результати операцій оцінювали в найближчому та віддаленому післяопераційному періоді на основі об'єктивних клінічних та функціональних параметрів і даних контрольної КТ.

**Результати.** 9 пацієнтам (90%) було проведено двосторонню декомпресію орбіт, з них в 8 випадках була проведена дво- або трістінкова декомпресія орбіт

(латеральної, нижньої та/або медіальної стінок), в одному випадку лише нижніх стінок орбіт з видаленням параорбітального жиру не більше 3,5-4 мл. Одному пацієнту була проведена одностороння двостінкова декомпресія орбіти. В ряді випадків підхід до декомпресії правої та лівої орбіти був різним. У всіх випадках був використаний субциліарний доступ з використанням індивідуальних навігаційних шаблонів для меж остеотомії в межах зони безпеки. Пацієнти в передопераційному періоді пройшли медикаментозну терапію СПЗП. Лише в одному випадку двостороння двостінкова декомпресія орбіт була проведена в активній фазі основного захворювання, в зв'язку з значним підвищенням внутрішньоочного тиску та загрозою втрати зору. Під час операцій для попередження механічного ушкодження рогівки очей застосовувалися одноразові лінзи.

Ускладнення пов'язані з остеотомією в післяопераційному періоді: оніміння, кровотеча, диплопія або гіпофтальм, спостерігалися в одиничних випадках (2 пацієнти) та не мали негативних наслідків у віддаленому післяопераційному періоді.

У віддалені строки після операції у всіх пацієнтів було відмічено зниження внутрішньоочного тиску, значне зменшення проптозу, та покращення зовнішнього вигляду. В одного пацієнта після трьох місяців від операції виник односторонній проптоз, який потребував хірургічної корекції.

**Висновки.** Таким чином, мультидисциплінарний підхід в лікуванні пацієнтів з ендокринними орбітопатіями дозволяє забезпечити комплексне лікування та їх реабілітацію, а декомпресія стінок орбіти використовуючи направляючи хірургічні шаблони створює умови для видалення необхідного об'єму кісткової тканини не виходячи за межі зон безпеки, що дозволяє уникнути інтра- та післяопераційних ускладнень.

## ОФТАЛЬМОПАТОЛОГІЯ У ПАЦІЄНТІВ З СИСТЕМНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

*Урумбасва Л.Б.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Абашина Н.М*

*Кафедра офтальмології*

*Завідувач кафедри офтальмології: д.мед.н., доцент Гудзь А.С.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна*

**Актуальність.** В даний час спостерігається зростання хворих на системні захворювання (СЗ), в тому числі зі скаргами з боку зорового аналізатора. Патологія зовнішньої оболонки ока, зокрема синдрому сухого ока (ССО), часто пов'язують з професійними шкідливими факторами, ендокринними та очними захворюваннями, а також з прийомом деяких лікарських препаратів. ССО часто маскується під хронічні захворювання очей: кон'юнктивіти, блефарити та інші.

**Мета.** Дослідження особливостей офтальмопатології у пацієнтів з системними захворюваннями у місті Львові та Львівській області.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням знаходилось 143 хворих зі СЗ, які мали скарги з боку органу зору. Вік пацієнтів 21-75 років (середній -  $66,5\% \pm 0,8$ ), з них 90 жінок та 53 чоловіки. На кафедрі офтальмології проводились необхідні офтальмологічні обстеження: візометрію, біомікроскопію, тонометрію, тест Ширмера 1 та, за необхідності, проба з флуоресцеїном. Проводились імунологічні дослідження з кількісного визначення С-реактивного протеїну та автоімунного профілю. Пацієнти були опитані за розробленою нами анкетною.

**Результати.** В результаті проведених обстежень офтальмопатологія виявлена на 263 очах. Тривалість СЗ більше 5 років спостерігалось у 36% осіб, від 1 до 5 років – у 39% і менше року – у 25% осіб. Патологія органу зору була більш виражена у віковій групі старших 40 років, серед яких переважали захворювання переднього відтинку ока. ССО, який викликає ксеротичні зміни рогівки та кон'юнктиви, було діагностовано на 60% очей. Виявлено хронічні захворювання повіки, кон'юнктиви (блефарити, кон'юнктивіти, кератокон'юнктивіти та інші). У хворих старших 40 років частіше виявляли катаракту, глаукому та зміни сітківки. Поєднання двох і більше очних захворювань спостерігалась на 12,5% очей. Між перебігом офтальмопатології та СЗ у пацієнтів Львова та Львівської області виявлена пряма кореляція. Але ССО був пов'язаний з хронічними захворюваннями переднього відділу ока, локальним прийомом фармакопрепаратів при очних захворюваннях або після хірургічних втручань.

**Висновки.** Проведені обстеження виявили високу поширеність офтальмопатології у пацієнтів Львова та Львівської області з системними захворюваннями – переважно переднього відділу ока та ССО, які сприяють погіршенню якості зору та життя.

## ПОШИРЕНІСТЬ ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОГО ПРОСТОРУ

*Філіппова Д.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор, Ковтуненко О.В.*

*Кафедра оториноларингології*

*Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., професор Березнюк В.В.*

*ДЗ «Дніпровська медична академія МОЗ України»*

*м. Дніпро, Україна*

**Актуальність.** Пухлини парафарингеального простору (ПФП) складають 0,5-1,5% від усіх пухлин голови та шиї. Більшість діагностується у дорослих і включає первинні новоутворення, регіонарні та віддалені метастази. Приблизно 80% цих новоутворень доброякісні. Актуальність полягає в рідкості ПФП, складній анатомічній локалізації, труднощах в діагностиці, різноманітті морфологічних форм, складності визначення хірургічної тактики і методу обумовленого можливими змінами якості життя пацієнтів після втручань при дотриманні радикальності і безпеки.



**Мета.** Провести ретроспективний аналіз поширеності і лікування хворих з пухлинами парафарингеального простору Дніпропетровського регіону.

**Матеріали та методи.** Дослідження включає дані ретроспективного аналізу діагностики і лікування хворих з пухлинами парафарингеального простору, які проходили лікування в ЛОР-онкологічному відділенні Дніпропетровської ОКЛ ім.І.І.Мечнікова в період 2013-2017рр. Всього пацієнтів 271, з них чоловіків 143 (52,8%), жінок 128 (47,2%). Діапазон віку 18-75 років. Всі пацієнти пройшли необхідне стандартне обстеження і радикальне хірургічне лікування.

**Результати.** Найбільш частими симптомами були: наявність пухлини шиї 122 (45,0%), пухлини глотки 54 (19,9%), дисфагія 41 (15,1%), порушення функцій черепних нервів 35 (12,9%). За даними топічних методів дослідження (КТ, МРТ) пухлини візуалізувалися у всіх пацієнтів. При морфологічному дослідженні отримані наступні дані: парагангліома - 8 (2,9%), мезенхіома - 3 (1,1%), ектодермальна бронхіогенна кіста - 83 (30,6%), метастази плоскоклітинного раку - 23 (8,5%), бронхіогенний рак - 25 (9,2%), аденолімфома - 10 (3,7%), аденогенний рак - 8 (3%), лімфома - 52 (19,2%), плеоморфна аденома слинної залози - 15 (5,5%), ліпома - 16 (6%), метастази меланоми - 15 (5,5%), неврилемома - 4 (1,5%), лимфоаденит - 6 (2,2%), рак щитоподібної залози - 3 (1,1%). Злоякісні склали - 137 (50,5%), доброякісні - 134 (49,5%) Хірургічне радикальне лікування проводилося трансоральним доступом у 16 (5,9%), шийним доступом у 214 (78,9%), і комбінованим у 41 (15,2%). В післяопераційному періоді пацієнти отримували терапію згідно з протоколом нозології. Після проведеного лікування естетично-функціональні порушення відзначалися у 40 (14,8%), рецидиви захворювання у 14 (5,2%)

**Висновки.** Пухлини парафарингеального простору зустрічаються рідко, мають дуже різну симптоматику, локалізацію і форму, що ускладнює їх діагностику і прийняття рішення щодо варіанту лікування. Морфологічно зустрічається різноманіття форм, 134 (49,5%) доброякісні. Хірургічне лікування складне зважаючи на анатомічну локалізацію та естетично-функціональні післяопераційні порушення.

## ВИВЧЕННЯ АРХІТЕКТОНІКИ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ДІЛЯНКАХ СУБАНТРАЛЬНОЇ АУГМЕНТАЦІЇ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ КСЕНОГЕННИХ КІСТКОВОЗАМІЩУЮЧИХ МАТЕРІАЛІВ

*Шпачинський О.С.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Копчак А.В.*

*Кафедра стоматології*

*Завідувач кафедри стоматології: д.мед.н., проф. Антоненко М.Ю.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Інститут післядипломної освіти*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Заміщення дефектів зубних рядів в бокових відділах верхньої щелепи (ВЩ) протезними конструкціями з опорою на імплантати є складною задачею, в зв'язку з недостатнім об'ємом і якістю кісткової тканини альвеолярного паростку.

Одним з методів створення необхідного об'єму кістки в бокових ділянках верхньої щелепи (ВЩ) є субантральна аугментація (СА) («синусліфтинг»).

За даними літератури, можна досягти задовільних клінічних результатів при застосуванні різних типів кістково-заміщуючих матеріалів (авто-, ало-, ксенотрансплантатів, синтетичних матеріалів та їх комбінацій). Перевагою ксеногенних кістково-заміщуючих матеріалів (ККЗМ) є висока волюметрична стабільність та прогнозованість біологічної поведінки, однак на відміну від кісткових ауто трансплантатів, вони не мають остеоіндуктивних та остеогенних властивостей. ККЗМ може суттєво відрізнятися за структурою та фізико-механічними властивостями від інтактної кістки.

В процесі репаративної регенерації можуть утворюватися складні тканинні комплекси, що містять ділянки кістки із різною структурою і мінеральною насиченістю, пустоти, зони розростання сполучної тканини та залишки матеріалу, що зазнають структурної деградації. Ці відмінності необхідно враховувати при визначенні строків встановлення дентальних імплантатів.

**Мета.** Вивчити особливості архітекtonіки кістки в ділянках субантральної аугментації із використанням ККЗМ на основі даних КТ.

**Матеріали та методи.** В дослідженні пацієнти, яким до імплантації в ділянці молярів і премолярів ВЩ проводили СА із використанням ККЗМ (основна група). Загалом було відібрано 30 пацієнтів (середній вік  $38,3 \pm 14$ ).

Для вивчення архітекtonіки альвеолярного паростка відібрано 10 пацієнтів, яким проведено успішне встановлення дентальних імплантатів без попередньої підготовки (контрольна група). Висота збереженої кісткової тканини у цих хворих була не менше 8 мм.

Стан кісткової тканини в зоні втручання оцінювали за даними конусно-променевої КТ на апараті PlanmecaProMax 3D.

Хірургічні втручання в основній групі проводили відповідно до стандартного протоколу ІТІ. За допомогою ложок для СА відшаровували мукоперіост з усіх сторін та зміщували його догори. Створену порожнину заповнювали ККЗМ із розміром гранул 0,25-0,5 мм.

Пацієнтам в 10 денний термін проводили ОПТГ, а через 6 місяців після втручання проводили КПКТ з аналізом даних в програмному середовищі SimPlantPro 11.04 (Materialize, Бельгія). Для створення тривимірної реконструкції ВЩ та ділянки заповненої ККЗМ застосовували інструменти сегментації програмного комплексу SimPlant.

Проводили 3D-реконструкцію ВЩ та ККЗМ із визначенням об'єму, площі, співвідношення цих величин, відсотковий вміст різних типів кістки за С.Е. Misch останнього. Крім того визначали об'єм пор та кістково-мозкових просторів.

Для оцінки вірогідності розбіжностей між томографічними параметрами застосовували непараметричний критерій Мана-Уїтні, в програмному середовищі SPSS 22.0 (SPSS Inc., США).

**Результати.** Збережена кісткова тканина альвеолярного паростку належала переважно до типу D3 та D4 з наявністю щільніших ділянок по периферії.

Було визначено, що об'єм кістки в ділянці пересадки ксеногенного матеріалу становив від 383 до 4115 мм<sup>3</sup> (в середньому 1955±929 мм<sup>3</sup>). Площа її поверхні становила від 276 до 1400 мм<sup>2</sup> а її середнє значення склало 882±289 мм<sup>2</sup>.

В контролі альвеолярний паросток був представлений переважно кістковою тканиною типу D3 та D4 (в середньому 43,7±15,4% та 28,4±15,4% від загального об'єму). Об'єм пор і кістково-мозкових порожнин становив в середньому 15,9±12,7%. Кістково-мозкові порожнини поєднувались між собою утворюючи систему складної геометричної форми. Співвідношення об'єму пор до загальної площі їх поверхні в середньому склало 0,51 мм.

Кістковий конгломерат, що утворювався в ділянці операції мав більшу щільність порівняно із кістковою тканиною альвеолярного паростку. Хоча основну його об'єму в більшості випадках займала кісткова тканина типу D3 (в середньому 40,7±18,2%), вміст кістки типу D1 та D2 виявлявся вірогідно вищим ( $p < 0,05$ ) ніж в контролі. Кістка цих типів була представлена у вигляді численних дрібних ділянок, розташованих дифузно в товщі регенерату, значна частина з яких була не пов'язана між собою. Це визначало мозаїчну структуру кісткового конгломерату із хаотичним чергуванням ділянок більшої та меншої рентгенологічної щільності.

**Висновки.** Кістка, що формується в зоні субантральної аугментації при застосуванні ККЗМ в строк 6 місяців після операції є більш щільною порівняно із кісткою альвеолярного паростку в бокових відділах ВЩ, практично повною відсутністю пор та кістково-мозкових просторів, мозаїчною внутрішньою структурою із хаотичним чергуванням ділянок більшої та меншої рентгенологічної щільності, більш простою геометрією структур із різною мінеральною насиченістю у порівнянні з трабекулярною сіткою альвеолярного паростку. Ці відмінності в архітектоніці слід враховувати при встановленні дентальних імплантатів та прогнозуванні їх біомеханічної поведінки.

## АЛФАВІТНИЙ ЗМІСТ

Абасов В.С.	16, 28	Ляпунова В.А.	11
Андрусенко Д.В.	6	Мансуров Ф.М.	15
Безкоровайна А.О.	29	Миткалик А.А.	16
Боковець Я.О.	30	Мірошніченко А.О.	39
Булавінцева Л.О.	52	Москалець І.О.	46
Буньковський Н.І.	21	Начеса Я.С.	43
Бурко Г.Ю.	31	Невмержицька А.М.	44
Бурсак А.Г.	32	Олексюк М.В.	16
Вишпінський Я.І.	7	Онщенко А.І.	45
Габаль Р.І.	22	Павленко Р.О.	17, 46
Глуценко О.П.	33	Павличук Т.О.	47
Гонська Н.Р.	8	Паливода Р.С.	18
Горбик Н.І.	35	Педай А.	19
Горова М.В.	48	Петренко О.В.	52
Гришина І.С.	9	Петров Б.О.	48
Дацюк О.П.	8	Попович І.О.	21
Демидкина М.	19	Примак І.О.	15, 50
Доброногова В.І.	10	Размук П.В.	51
Жихар Є.А.	36	Рибак В.А.	47
Жуковська О.Ф.	36	Романова А.Ю.	52
Жупан Д.Б.	37	Середа С.О.	17, 22
Завальна Я.В.	11, 41	Ткаченко А.С.	45
Іванчихін Д.С.	23	Торопов Б.О.	23
Івашина В.О.	38	Урумбаєва Л.Б.	53
Ілленко О.О.	39	Філіппова Д.В.	54
Коваленко А.В.	12	Циба С.В.	36
Ковальов І.А.	13	Чепурний Ю.В.	52
Ковальська А.В.	41	Черенько М.С.	52
Комаров О.М.	14	Шпачинський О.С.	55
Комарова Т.М.	14	Шульга І. В.	25
Кришталь В.М.	42	Шуминський Є.В.	33
Левченко С.В.	12	Яровенко М.В.	52







Адреса для кореспонденції: Редакція Українського науково-медичного молодіжного журналу,  
науковий відділ НМУ, бул. Т.Шевченка, 13, м.Київ, 01601

[www.mmj.nmuofficial.com](http://www.mmj.nmuofficial.com)

E-mail: [usmyj@ukr.net](mailto:usmyj@ukr.net)

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

[www.nmuofficial.com](http://www.nmuofficial.com)

Видавничий дім «АДЕФ-Україна»  
01030, Київ, вул. Б. Хмельницького, 32, оф.40а  
тел.:+380442840860, факс:+380442840850  
e-mail: [adef@adef.com.ua](mailto:adef@adef.com.ua)  
[www.adef.com.ua](http://www.adef.com.ua)

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
ДК № 4605 від 28.08.2013р.

Підписано до друку 07.04.2020р.  
Формат 60\*84/8, друк офсетний, папір офсетний  
Тираж 50 , Зам. № Ж-2020/07.04.

Correspondence address: Editorial board of the Ukrainian Scientific Medical Youth Journal Research  
Department of NMU, 13, T. Shevchenka Blvd. Kyiv, 01601

[www.mmj.nmuofficial.com](http://www.mmj.nmuofficial.com)

E-mail: [usmyj@ukr.net](mailto:usmyj@ukr.net)

Bogomolets National Medical University

[www.nmuofficial.com](http://www.nmuofficial.com)

«ADEF-Ukraine» Publishing House  
01030, Kyiv, B. Khmel'nitskogo str., 32, of 40a  
tel.:+380442840860, fax:+380442840850  
e-mail: [adef@adef.com.ua](mailto:adef@adef.com.ua)  
[www.adef.com.ua](http://www.adef.com.ua)

Certificate of the subject of publishing  
ДК № 4605 dated 28.08.2013

Signed in print on 07.04.2020  
Format 60\*84/8, offset print, offset paper  
Circulation: 50 Order № J-2020/07.04.